

جامعة اليرمـــــوك
كلية التربيـــــــة
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن

The Effectiveness of a Counseling Program based on the Existential Theory in Enhancing Psychological Flexibility, Self-Acceptance and Family Relationships in A sample of Breast Cancer Patients in Jordan

إعـــداد

سهى محمد عيد خرابشة

إشـــراف الدكتور

رعد لفته الشاوي

حقل التخصص- إرشاد نفسي

2013م

فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن

إعـــداد

سهى محمد عيد خرابشة

بكالوريوس إرشاد نفسي، جامعه اليرموك، 2002م

ماجستير إرشاد نفسي، جامعة اليرموك، 2007م

قُدمت هذه الرسالة استكمالاً لمُتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي في جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

وافق عليها

الأستاذ الدكتور علي احمد البركات.......................................رئيساً

أستاذ التربية الابتدائية، جامعة اليرموك

الدكتور رعد لفته الشاوي... مشرفاً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

الدكتور قاسم محمد سمور.......................................عضواً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعه اليرموك

الدكتور عبد الكريم محمد جرادات.. عضواً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي، جامعه اليرموك

الدكتور قيس ابراهيم المقداد.......................................عضواً

أستاذ مشارك في التربية الخاصه، جامعه اليرموك

الدكتور أحمد عبد الحليم عربيات.......................................عضواً

أستاذ مشارك في الإرشاد النفسي ، جامعه مؤته

تاريخ مناقشة الرسالة 28 / 7 / 2013

الإهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك ... ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك ... ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك ...ولا تطيب الجنه إلا برؤيتك... أتقدم بهذا العمل هبة خالصة بين يديك، سائلة منك الرضا والقبول ...

إلى المعلم الأول- سيد الأولين والآخرين- سيدنا محمد (صلى الله عليه وسلم)....

إلى من تمنيت أن يكون معي يشاركني فرحتي إلى روح والدي الطاهرة رحمه الله....

إلى من علمتني أن الأعمال الكبيرة لا تتم إلا بالصبر والعزيمة والإصرار لروح أمي الطاهرة...

إلى من وقف إلى جانبي وتخطى معي الصعاب لإنجاز هذا العمل خطوه ...بخطوه

إلى زوجي العزيز أحمد .....وأبنائي أيهم وأكثم وأرين ....

إلى مصدر سعادتي ....وسندي في هذه الدنيا...إلى أعظم الرجال إخواني ....

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي أخواتي....

إلى كل مرضى السرطان في هذا العالم أهديكم ثمرة عملي هذا ......

الباحثة

سهى خرابشه

شُكر وتقدير

الحمدُ لله والصلاة والسلام على سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم، وبعد:

فلا يسعُني إلا أن أعترف بجزيل الشكر والامتنان والعرفان لكل ذي فضلٍ علي بعد الله عزوجل، وأن أتقدم بالشكر الجزيل لأستاذي الفاضل الدكتور رعد الشاوي، الذي قلدني شرف الإشراف على هذه الأطروحة، واشترك معي في متاعبها من البداية حتى النهاية. وقد قدم لي من وقته الثمين وعلمه الغزير وخبرته شيئاً كثيرا، مما ساعدني في التغلب على كثير من الصعوبات، فله منّي كل الشكر والتقدير والعرفان.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ الدكتور علي البركات لترأسه إدارة جلسة المناقشة. فضلاً عن شكري وتقديري لأعضاء المناقشة كل من الدكتور قاسم سمور، والدكتور عبد الكريم جرادات، والدكتور قيس المقداد، والدكتور أحمد عبد الحليم عربيات، والشكر الجزيل لأعضاء هيئة التدريس في كلية التربية في جامعة اليرموك الذين قدموا لي كل جهد موصول، وأشكر كل من حكَم استبانة الدراسة وأسهم في تحسينها وتعديل فقراتها، وإلى كل الزملاء الأعزاء الذين جمعتني بهم مقاعد الدراسة، وربطتني بهم علاقات التقدير والاحترام، ولكل من أسهم في إنجاح هذا العمل وفي إخراجه بهذه الصورة. وأخص بالذكر الأستاذ الدكتور محمد حسن القضاة والشكر الجزيل وعظيم الامتنان لوميض النور وشعاع الأمل الدكتور أحمد عبدالله الشريفين وأتقدم بالشكر لخزامى المومني والدكتورة ميساء الحسيني ولندا الكاتب وكل فريق مكتب اللجنة المؤسسية (IRB) في مركز الحسين للسرطان، وأجزل الشكر للدكتور عبد الحميد أبوعيسى، ولكل المشاركات معي في البرنامج الإرشادي لكم مني كل الشكر والعرفان.

الباحثة

سهى محمد الخرابشة

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

المُلخص بالعربية

خرابشة، سهى. فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن. أطروحة دكتوراه، جامعة اليرموك، 2013. (المشرف: د. رعد لفته الشاوي).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن، تكونت عينة الدراسة من (24) مريضة من النساء المصابات بسرطان الثدي ممن حصلن على ادنى الدرجات على مقياس المرونة النفسية ومقياس قبول الذات ومقياس العلاقات الاسرية في الأردن لعام (2012-2013). وزعت عشوائياً باستخدام جداول الأرقام العشوائية إلى مجموعتين: تجريبية (12) مصابة طبق عليهن البرنامج الإرشادي، وضابطة (12) مصابة أقتصر التعامل معهن على أساليب العلاج والإرشاد المتبعة معهن من قبل مركز الحسين للسرطان.

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات الأداء على مقياس المرونة النفسية ومقياس العلاقات الأسريه تعزى للمجموعة ولصالح أفراد المجموعة التجريبية. كما أشارت نتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسطات الأداء على مقياس قبول الذات تعزى للمجموعة التجريبية.

في حين أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسطات الأداء على مقاييس كل من المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية

تعزى لمتغير العمر ومدة المرض. بينما وجدت فروق ذات دلالة في متوسطات الأداء على مقياس المرونة النفسية تعزى للمؤهل العلمي. بالإضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الأداء على مقاييس قبول الذات والعلاقات الأسرية تعزى للمؤهل العلمي.

وخلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات ذات الصلة.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي، النظرية الوجودية، قبول الذات، العلاقات الأسرية، المرونة النفسية، سرطان الثدي.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

يُعدّ مرض السرطان من الأمراض التي تُشكل خطورة على حياة الإنسان، ويُصيب هذا المرض أي جزء من أجزاء الجسم ويُحدث خللاً في تركيب الخلايا التي تبدأ بالتكاثر بشكل غير طبيعي بعيداً عن نظامها المعتاد، وتولد هذه الخلايا خلايا أخرى مشابهة في تكوينها للخلايا المصابة لتشكل في النهاية نسيجاً يُطلق عليه الأورام السرطانية (رضوان، 2007). ويعدّ السرطان مرضاً عنيفاً سريع التطور يصيب الأنسجة التي تكّون الدم لدى الإنسان، حيث يتصف بتكاثر كريات الدم البيضاء، وتناقص كريات الدم الحمراء، وصفائح الدم (عبد السلام، 2000).

ويُعدّ سرطان الثدي (Breast Cancer) من أخطر أنواع السرطانات التي تُصيب الإنسان وبخاصة السيدات بعد سرطان الرئة الذي يُسجل أعلى معدل للوفيات سنوياً، وتكون نسبة النجاة منه ضئيلة جداً إذا لم يكشف ويعالج مبكراً. وينتشر مرض سرطان الثدي بمعدلات كبيرة بين النساء؛ ففي الولايات المتحدة الأمريكية يصيب هذا المرض حوالي (20.000) سيدة سنوياً (Nelson, 2010) وتشير الإحصاءات إلى أن النسبة في هولندا وفرنسا واليابان هي: (41.6، 44.4، 31.4) حالة لكل (100) ألف سيدة على التوالي (Perry, 2006) وفي المملكة الأردنية الهاشمية يعدّ سرطان الثدي الأكثر انتشاراً لدى الإناث، ويتراوح معدل عمر إصابة الإناث به بين (45–50) عاماً، في حين أن متوسط عمر الإناث المصابات في الغرب بين (60 و65) عاماً كما انه ينتشر أيضا بين فئات عمرية أصغر (السجل الوطني الأردني، 2011).

إن الإصابة بسرطان الثدي هو حدث صادم يعمل على تغيير عالم السيدة المصابة بما ينتج عنه من تغيّرات سلبية تؤثر في حياة السيدة المصابة وحياة أسرتها على جميع المستويات وتحديداً على المستويين النفسي والاجتماعي. فالضغط الناتج عن المرض وعلاجه ربما يزداد مع وجود عوامل ضاغطة أخرى مثل مستوى الدعم الأسري، وضغوط العمل، وقلق المستقبل، ونكوص الحالة النفسية، ورفض الذات، وعدم الرضا عن صورة الجسم (محمود، 2009).

ويرى الحسيني (2002) أن نسبه كبيرة من الأدوية الخاصة بعلاج السرطان تسبب تغيرات جسدية دائمة أو مؤقتة ينتج عنها تغير في صورة الجسم وتدنٍّ في قبول الذات لدى السيدات المصابات بالسرطان، إن فقدان عضو أو حدوث الندبات نتيجة الجراحة أو فقدان الشعر نتيجة العلاج الكيميائي ينتج عنها خبرة مخيفة مهددة للذات، كما أن إدراك السيدة المصابة لتقييم الآخرين وتحديداً أفراد أسرتها لمظهرها الجسدي، ينعكس بشكل مباشر على تقييمها لصوره جسدها، وبالتالي على مستوى توافقها النفسي الذي يتحدد في ضوء مستوى قبول الذات لديها ومستوى الصلابة النفسية الذي تتمتع به السيدة المصابة، ومدى مساهمة أفراد الأسرة وخاصةً الزوج في تقديم الدعم النفسي، وعدم تشكيل مصدر تهديد لمستقبلها الأسري.

ويرى زابورا (Zabora, 2001) أن نسبة انتشار التوتر النفسي بين النساء المصابات بسرطان الثدي تتراوح بين(20-66) وقد يكون ذلك نتيجة للتغيرات الجسدية وانخفاض مستوى تقدير الذات وتوتر العلاقات الأسرية. ويشير بريننان(Brennan, 2001) أن الكثير من النساء المصابات بسرطان الثدي يعتقدن أنه ليس من السهولة العوده إلى حالة الاستقرار النفسي والخلو من التوتر ما دام هناك استمرار للمعاناة الصحية وتوتر العلاقات الأسرية.

وتتعرض المصابات بسرطان الثدي لضغوط نفسية متعددة تنعكس بشكل مباشر على الحالة النفسية للمصابة، ومن مصادر هذه الضغوط المشاكل الجنسية، وصعوبة العلاقات الأسرية، والقلق المتعلق بالبقاء على قيد الحياة، والخوف من انتشار السرطان، وعدم قبول الذات، وعدم التكيف مع المتغيرات الجديدة، وقد يختلف حجم تأثير هذة الضغوط بأختلاف مستوى الصلابة النفسية وقدرة المصابة في استخدام استراتيجيات التكيف المختلفة (National Breast Cancer Centre, 2006).

ويؤكد كوري (2011) على أن هناك عدداً من البرامج الإرشادية العلاجية التي يمكن أن تفيد السيدات المصابات بمرض السرطان، وعلى رأسها البرامج الإرشادية القائمة على النظرية الوجودية التي لم تحظ بكثير من الدراسة والبحث خصوصاً في المجتمع العربي بشكل عام، وفي الأردن بشكل خاص. حيث تنظر الوجودية إلى الإنسان كما هو وما سيكون عليه، وترى أن هناك فرقًا بين الكائن وذاته، حيث إن الذات هي انعكاس للعالم الخارجي، فقد تنال الاستحسان من الآخرين، أو لا تنال الاستحسان ذاته، وإنه خارج إرادة الفرد، وإحساس الفرد بأنه كائن يتوقف علي فهمه لذاته، ووعيه لنفسه وخبراته الشخصية، وتقبله للواقع يعطي معنىً لوجوده. لذلك فقد سعت الدراسة الحالية لمحاولة الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين كل من مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى مريضات السرطان في الأردن.

سرطان الثدي

يُعدّ سرطان الثدي مرض العصر وأحد أبرز مصادر الضغط النفسي لدى النساء كونة من أكثر أمراض السرطان انتشارا بين النساء، وهو السبب الرئيسي للوفاة بين من يعانين من السرطانات المختلفة، وتشير الإحصاءات إلى ارتفاع نسبة الإصابة وتزايدها بمعدل (5%) سنوياً. ويحتل سرطان الثدي المرتبة الأولى بين أسباب الوفيات لدى النساء في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، بحيث أن واحدة من كل أربع عشرة امرأة تصاب بسرطان الثدي (مركز الحسين للسرطان، 2012).

كما أظهرت دراسات عدة في بلدان عربية انتشار مرض سرطان الثدي بين النساء العربيات؛ ففي مصر، أكدت دراسة طبية مصرية أن نسبة الإصابة بمرض سرطان الثدي تتصدر قائمة أمراض السرطان في مصر بواقع (42) حالة لكل (100) ألف ، وفي السعودية تشير الإحصائيات أن نسبة عدد حالات الإصابة بسرطان الثدي لدى السعوديات هى (11.8) سيدة من بين كل (100) ألف ويقدر عددهن في السعودية (2741) حالة، وفي لبنان تشير إحصائيات وزارة الصحة إلى أنه يتم تسجيل (700) حالة جديدة من مرض سرطان الثدي في لبنان سنوياً ، (National Cancer Registry, 2012) .

أما العوامل التي تؤدي الى الأصابة بسرطان الثدي فهى : التقدم في العمر حيث ان سرطان الثدي يكون أكثر شيوعاً بين النساء اللواتي تزيد أعمارهن عن (40) سنه والتاريخ العائلي لأن المرأة التي تصاب أمها أو أختها أو أبنتها تزيد خطر الأصابة لديها (2-4) مرات، كما أن حدوث الدورة الشهرية في سن مبكرة قبل سن (15) سنة وتأخر سن الأمل بعد (45) سنه يزيد فرصة حدوث سرطان الثدي والحمل في سن متأخرة أو عدم الحمل مطلقاً والسمنة

وتناول الدهون بكميات كبيرة، عدم الإرضاع من الثدي، والتدخين، كما أن الإصابة بسرطان الثدي سابقاً يزيد فرصة إصابتها بسرطان الثدي في أنسجة الثدي الآخر او مناطق أخرى (مركز الحسين للسرطان، 2012).

ويرى روزنثال (Rosenthal, 2001) أن سرطان الثدي يمر بعدة مراحل ولكل مرحلة طرق علاج خاصة بها وهذه المراحل هى:

المرحلة الصفرية: هي اكتشاف مبكر جداً للورم السرطاني وغالباً ما يكون عن طريق الصدفة. وتتـــــراوح نسبة الشفاء من المرض بين (98-99%) وتمتد الحياة لغاية عشر سنوات من العيش الخالي من المرض. وقد يكون العلاج جراحياً.

المرحلة الأولى: يكون حجم الورم أصغر من (2 سم) ولم ينتشر إلى الثدي الآخر ويكون العلاج جراحيا.

المرحلة الثانية: يكون حجم الورم فيها ما بين (2-5 سم) ويكون قد انتشر في الغدد اللمفاوية تحت الإبط من جهة الثدي المصاب، وعلاج هذه المرحلة هى الجراحة، أو الجراحة مع العلاج الإشعاعي يتبعها العلاج الكيميائي مع /أو العلاج الهورموني .

المرحلة الثالثة: هي من المراحل المتأخرة للمرض ويكون حجم الورم فيها (5 سم) والغدد اللمفاوية ملتصقة ببعضها وبالنسيج المحيط، لكن الورم لم ينتشر لأجزاء بعيدة في الجسم ونسبة الشفاء حوالي(50%)، ويكون العلاج موضعياً بالجراحة مع الأشعة المناسبة، والعلاج الكيميائي مع/ أو العلاج الهورموني.

المرحلة الرابعة: هي مرحلة تكون متأخرة جداً من المرض وتتصف بالانتشار(Metastasis) وفيها ينتشر المرض إلى الكبد و/أو العظام، و/أو الرئتين، و/أو

الدماغ ، و/أو الثدي المقابل، وتعدّ هذه المرحلة سيئة للغاية ونسبة الشفاء فيها لا تتجاوز (10%) ولمدة خمس سنوات من العيش. والعلاج في هذه المرحلة هو العلاج الكيميائي و/أو العلاج الهورموني لتحطيم خلايا السرطان والسيطرة عليه.

ومن الممكن أن الحالة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي تختلف من مرحلة لأخرى الأمر الذي قد ينعكس على فاعلية العلاج الدوائي ومستوى العلاج النفسي. فقد يأخذ الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين وتحدياً أفراد الأسرة وخاصة الزوج إن كانت المريضة متزوجة_ دوراً حاسماً في عملية العلاج فالوقوف إلى جانب الزوجة المصابة، وتوفير جميع الأحتياجات التي تكفل لها أفضل ظروف العلاج الأمر الذي ينعكس بشكل إيجابي على الحالة النفسية للمصابة (آمال،2011).

إن الحالة النفسية للمصابة تترك أثراً كبيراً جداً في فاعلية العلاج المقدم، وقد تتحدد هذه الحالة، أو مستوى الصحة النفسية في ضوء بعض المتغيرات الذاتية الخاصة بالسيدة المصابة بسرطان الثدي، فالمرونة النفسية تختلف من مصابة لأخرى، ومفهوم الذات الذي يقود إلى تقبل الذات يختلف كذلك. وقد تتحدد هذه المتغيرات في ضوء طبيعة العلاقات الأسرية السائدة داخل أسرة السيدة المصابة بالسرطان (الحجار، 2007).

المرونة النفسية

برز مفهوم المرونة النفسية (Psychological Flexibility) إلى حيز الوجود عندما حاول مجموعة من العلماء والباحثين تفسير السلوك الإيجابي الجيد للفرد في أثناء تعرضه لظروف صعبة، ولفهم العمليات التي تفسر أدائه غير المتوقع. وظل الاهتمام منصباً على دراسة المرونة النفسية لدى الأفراد إلى أن بدأ يظهر علم النفس الإيجابي الذي اهتم بدراسة وتنمية القوى

الشخصية والقدرات والسمات الإيجابية ولاسيما المرونة النفسية- بدلاً من التركيز فقط على الاضطرابات النفسية- وذلك طوال سنوات العمر ولكل الأفراد من الجنسين بغض النظر عن الحالة الاجتماعية ومستوى التعليم (Bandura & Bussey, 2004).

وبهذا فقد ارتأى رواد علم النفس الإيجابي ألا يقتصر الأمر على الأفراد الذين يتغلبون على الضغوط والصعوبات، بل لا بد أن يتوسع استخدام هذا المفهوم ليصبح نقطة رئيسية في حياة كل فرد، سواء أكان الفرد يواجه الضغوط والصدمات أم لا؛ فكل فرد يواجه درجة من الضغوط والتحديات في كل يوم من أيام حياته، ولكن لا يمكن التنبؤ بمن سيكون قادراً على مواجهة هذه الضغوط والتحديات والصدمات (Duckworth, Steen & Seligman, 2005).

والمرونة النفسية عملية ديناميكية يبرز الفرد من خلالها السلوكيات الإيجابية التكيفية في أثناء مواجهته للمصاعب والمشكلات والصدمات. وهذا يعني" القدرة على الصمود والمقاومة أمام الصدمات، والمشكلات، والأحداث السلبية دون انكسار أو تشوه، أو النزوع إلى استعادة أو استرداد العافية أو التوافق بسهولة بعد التعرض للصدمات أو حدوث التغييرات" (Wending, 2012).

ويمكن تعريف المرونة النفسية بأنها " عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للصعوبات أو الصدمات أو النكبات أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر، مثل: المشكلات العائلية، ومشكلات العلاقات مع الآخرين، والمشكلات الصحية، وضغوطات العمل، والمشكلات المالية" (Ciarrochi, Bilich & Godsell, 2010: 110).

والمرونة النفسية من الظواهر النفسية التي ينتج عنها آثار جيدة وإيجابية للفرد، على الرغم من وجود عوامل تهديد معيقة للتكيف أو النمو التي يمكن أن يمر بها الفرد خلال مراحل

حياته. وهي تعكس الفروق بين الأفراد في الاستجابة لعوامل التهديد والتوتر؛ فهناك من يستجيب بطريقة إيجابية لظروفه الصعبة، وهناك من تؤثر فية هذه الظروف، وتنعكس بشكل سلبي على حياته. وهذا ما يفسر وجود أشخاص أصحاء نفسياً على الرغم من معاناتهم من الظروف الصعبة القاسية (Onwukwe,2010).

وتتفق الباحثة مع الرأي السابق، إذ إن المرونة النفسية يجب ألا تنحصر بفئة بعينها؛ ولكن لابد أن تشمل كل الأفراد، من حيث أنها مفهوم ثري وشامل يتضمن عديداً من العناصر الإيجابية التي يجب أن تقوم البرامج الإرشادية على تنميتها وتفعيلها، وذلك بشتى الطرق الممكنة التي من أهمها البرامج الإرشادية الوجودية التي تعمل على إكساب الأفراد وتحديداً مريضات سرطان الثدي في هذه الدراسة- الخصائص المكونة للمرونة النفسية، خاصة في ظل قلة الدراسات العربية التي أجريت في هذا المجال حسب أطلاع الباحثة.

وقد أشار بونانو (Bonanno, 2005) إلى مجموعة من الخصائص الأساسية للمرونة النفسية هي: نواتج ومخرجات جيدة على الرغم من التعرض للمخاطر والتهديدات التي يتوقع أن تأتي بنواتج سلبية، والمواجهة والكفاءة والملائمة في مواجهة ضغوطات الحياة الحادة والمستمرة، والقدرة على الشفاء والتعافي من الصدمات.

من جهه أخرى قام كاشدان وكاني (Kashdan & Kane, 2011) بتحليل النظريات المتعددة والمفسرة للمرونة النفسية وقد أشارا إلى وجود العديد من السمات التي يتصف بها الأفراد من ذوي المرونة النفسية هى: فاعلية العلاقات مع الآخرين وتلقي الدعم الاجتماعي، لمهارات التواصل الفعال والبحث عن المعرفة، تقدير الفرد لمهاراته ومواهبه ومهارات الآخرين، فاعلية الذات والأمل والتفاؤل، الإحساس بالهدف من الحياة، التدين والشعور بالانتماء،

المساهمة الإيجابية في الحياة الاجتماعية، تعزيز الذات، والتعبير الإيجابي عن الانفعالات والمشاعر، حل المشكلات بفعالية، والقدرة على التكيف مع الآخرين، وقبول المشاعر السلبية، ومحاولة الاقتراب واستخدام الأستراتيجيات الوقائية.

فالمرونة النفسية التي تتمتع بها بعض المصابات بسرطان الثدي لها دور بارز في المساهمة في العلاج، فما تمتلكه المصابات بالمرض من صفات يتفاوت فيما بينهن، فعندما يكون هنالك هدف لدى المصابة بالسرطان، ومستوى من مهارات التواصل مع الآخرين، والقدرة على التكيف مع المرض وتنمية مستوى الكفاءة الذاتية في التعامل مع الضغوطات الناتجة عن المرض، وقبول الذات، ومستوى التدين المرتفع جميعها صفات تشير إلى مستوى المرونة النفسية لدى المصابة بالسرطان بشكل عام وسرطان الثدي بشكل خاص (الخطيب،2007).

مما سبق تخلص الباحثة للقول، أن تطوير المرونة النفسية هي في صلب بناء الخصائص الإيجابية التي تقود في النهاية إلى الصحة النفسية والرفاه والسعادة، كما أن التركيز على علم النفس الإيجابي العادي اليومي يقودنا إلى أن نفكر بمصطلح الوقاية اليومية وهو في العادة بمتناول الأفراد، ويستطيع المرشدون أن يسهلوا عملية الوصول إليه، إن مستوى المرونة النفسية قد تربطها علاقة متبادلة مع قبول الذات، وفكرة المصابة عن ذاتها التي تتحدد بصورة أساسية من نظرتها لجسدها وخاصة إذا رافق ذلك إجراء عملية جراحية للثدي، تتحدد بدرجة اساسية في مستوى قبول المصابة لذاتها، الأمر الذي ينعكس على مستوى المرونة النفسية لديها.

قبول الذات

يُعدّ قبول الذات (Self- Acceptance) من المفاهيم الهامة في مجال علم النفس الإرشادي التي وضعها بعض العلماء في بؤرة اهتمامهم. ويُعدّ كارل روجرز (Carl Rogers) من أبرز العلماء الذين اهتموا بالذات والمفاهيم المرتبطة بها. وقد قدم لعلم النفس نظرية من أهم النظريات هي نظرية الذات (Self Theory) التي يتبعها أحد أهم أساليب الإرشاد والعلاج النفسي هو الإرشـــاد والعـــلاج المتمركـــز حـــول المسترشـــد أو المتمركز حـــول الذات (Self-Centered) (Berger, 1981).

وقد اهتمت دراسات عده بالعلاقة بين قبول الفرد لذاته وبعض المتغيرات الأخرى مثل، قبوله للآخرين، والذي يعبر عن مدى رضا الفرد عن الآخرين وارتياحه لهم والثقة بهم والرغبة في التعامل وإقامة علاقات معهم، وأشارت هذه الدراسات إلى أن قبول الفرد لذاته يؤدي إلى تقبله للآخرين؛ فالاتجاهات التي تتكون نحو الذات تنعكس على الاتجاهات نحو الآخرين، كما أشار إلى ذلك عديد من العلماء مثل: ادلر وميرفي وهورني وروجرز. وقد توصلت دراسات عدة أجريت على مختلف الفئات العمرية إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تقبل الفرد لذاته وتقبله للآخرين. كما تشير بعض الدراسات إلى أن تقبل الفرد لذاته، وتقبله للآخرين يتأثر بعوامل عديدة منها: عمر الفرد، و وأثر العلاج الناتج عن الاصابة بالسرطان، والمعايير الدينية والاجتماعية والأسرية، ومستوى المرونة النفسية وغيرها. كما أشارت دراسات أخرى إلى دور وفاعلية برامج الإرشاد بشكل عام وبرامج الإرشاد المستندة على المعنى في تحسين قبول الذات لدى الفرد (Crocker & Luhtanen, 2002; Olsen,Breckler & Wiggins, 2008; Greenberg, 2008).

ويعرف قبول الذات" بأنه الاتجاه الذي يكونه الفرد عن نفسه، وعن خصائصه الشخصية القيّمة من وجهة نظره، كما يتضمن التقدير الموضوعي لقدرات الفرد وإيجابياته وسلبياته بدون الشعور بالفخر أو تدني الذات "(Alfermamn & Stool, 2000:49). ويذكر ايتاتسـو (Itatsu, 1995) أن قبول الذات يعني أن يكون الفرد في حالة ارتياح تام مع أحاسيسه وعواطفه وأنه يثق بقدراته في التعامل بنجاح مع الحياة. وعرف مورنتس وشمولر مفهوم قبول الذات (2005) بأنه صورة مركبة ومؤلفة من تفكير الفرد عن نفسه وعن تحصيله وعن خصائصه وصفاته الجسمية والعقلية والشخصية واتجاهاته نحو نفسه وتفكيره بما يفكر الآخرون عنه وبما يفضل أن يكون عليه . مما سبق، يتضح أن هذه التعريفات تتفق حول أساس عام هو أن السيدة المصابة بسرطان الثدي المتقبلة لذاتها تشعر بالرضا أو الثقة بالنفس ويتحقق ذلك من خلال التقدير الإيجابي للذات من قبل المصابة بسرطان الثدي وتقبل جوانب النقص عندها.

ولكل سيده مصابة بالسرطان ذاتها، وعندما تدرك هذه الذات فإنها تكوّن مفهوماً عنها، فإذا كان المفهوم يتضمن التقبل لها ستتمكن من احترام ذاتها وتثمنها وتسعى إلى تحقيقها، أي بلوغ كامل إمكاناتها على الرغم من أنها مريضة. إن مفهوم الذات يعد جوهر الشخصية الإنسانية، ويعبر عن مجموع ما تكونه السيدة المصابة بسرطان الثدي عن نفسها من الأفكار والتصورات والتقييمات الذاتية وتقييم الآخرين لها، كما أدركتها في إطار الخبرات التي مرت بها وأثرت فيها. بمعنى أن هذا المفهوم يشير إلى الصورة التي تحملها المصابة عن ذاتها، وبالتالي فإن الصورة التي تدركها عن نفسها تؤثر في الطريقة التي تسلكها وتقيم ذاتها من خلالها. ومن ثم فإن تصور السيدة لذاتها أو فكرتها عن نفسها تتضح في مدى تقبلها لذاتها، أو يكون لديها صورة سلبية عن ذاتها تتضح في عدم تقبلها لها. وفي هذا السياق يؤكد دايفز وستانكوف وروبرتس (Davies, Stankov & Roberts, 1998) أن المصابة بالسرطان تقيم ذاتها إما

بطريقة إيجابية فيكون لديها عندئذ مفهوم إيجابي للذات ينعكس في تقبلها ورضاها عن ذاتها، وإما بشكل سلبي يتمثل في رفضها لذاتها، وعدم قناعتها أو رضاها عن سماتها الشخصية وقدراتها، وهذا سيؤدي بها إلى مشكلات نفسية تتضح من خلال سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

وبذلك يُعد قبول الذات البعد التقييمي لمفهوم الذات، الذي ينعكس إجرائياً في وصف المصابة بالسرطان لذاتها بالإيجاب، ويُظهر مدى رضاها عنها كما هي عليه في الواقع. وبالتالي يمكن النظر الى تقبل الذات بأنها: مجموعة من المواقف والاتجاهات نحو الذات التي تنحو إلى تنظيم السلوك وبنائه، وتتألف من مواقف تجاه الذات والمدركات المتعلقة بمواقف الآخرين تجاه الذات والمدركات المتعلقة بالمجتمع بأسره تجاه الذات (عدس وتوق، 1998).

يرى كارل روجرز المشار إليه في سوان (Swann, 2001) أن مفهوم الذات الموجب يرتبط ارتباطاً جوهرياً بالتوافق النفسي السليم، وبالتالي، فإن أي خلل فيه يمكن أن يؤخذ على أنه من علامات سوء التوافق النفسي. ويعني أن يكون مرتبطاً بالخبرات غير المتسقة مع مفهوم الذات. وهذا قد يكون نتاجاً للخبرات التي تتعرض لها السيدة المصابة بسرطان الثدي، فقد يكون لموقف الآخرين المحيطين بالمصابة دور فاعل في تقبل الذات خاصة عند الحديث عن أفراد الأسرة، فعندما تجري المصابة عملية جراحية، أو عندما يبدأ شعرها بالتساقط نتيجة للمعالجة الكيميائية ومظهرها الخارجي بالتغير قد يأخذ أفراد الأسرة دوراً فاعلاً في دعمها وتحديداً الزوج، أما إذا كان دور الزوج أو المحيطين بها سلبياً فإن ذلك سينعكس بشكل مباشر على تقدير الذات لا سيما إذا كان هذا المفهوم يعتمد بشكل كبير على وجهات نظر الآخرين ورأيهم بالسيدة المصابة.

ويرى روجرز أن بناء الذات ينتج من التفاعل بين الفرد والبيئة والأحكام التقييمية للآخرين المحيطين بالفرد، خاصة الآخرين الذين يؤثرون في حياة الفرد. وأن الهدف الأسمى من عملية الإرشاد هو الوصول بالفرد إلى تحقيق الذات. ويعدّ مصطلح تقبل الذات من المفاهيم الهامة التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الفرد عن ذاته؛ ويشير إلى أن تقبل الذات قد يعني احترام الذات، وهو يتفق إلى حد كبير مع قوة الأنا وقوة الشخصية ومفهوم الذات الإيجابي؛ ولذا فإنه يمكن تحديد درجة تقبل الفرد لذاته من خلال تحديد مدى تطابق مفهوم الذات المدرك والذات المثالية لدى هذا الفـــرد، بل ويمكن تحـــديد ذلك أيضاً من خـــلال تحـــديد التطابق بين طمـــوحات الفرد التي يسعى لتحقيقـــها ومدى تحقيقـــه لتلك الطموحـــات (الخطيب، 2007).

وهناك نوعان لمفهوم الذات: **المفهوم الإيجابي، والمفهوم السلبي** إن مفهوم الذات الإيجابي يمثل الصحة النفسية والتوافق النفسي لدى السيدة المصابة بسرطان الثدي، ويرتبط تقبل الذات ارتباطاً جوهرياً موجباً بتقبل الآخرين لها، وان تقبل الذات وفهمها يأخذ بعداً رئيسياً في عملية التوافق الشخصي إن تحديد مفهوم الذات الإيجابي لدى السيدة المصابة بسرطان الثدي يعتمد على تلقي تقبلاً موجباً غير مشروط من الآخرين، الذي يعني إظهار التقبل لها بغض النظر عن مظهرها الخارجي أو فقدانها عضو من جسمها والسيدة المصابة التي تتمتع بمفهوم موجب لذاتها تميل عبر الصورة الذاتية التي تكونها عن نفسها جسمياً وعاطفياً واجتماعياً وعقلياً، وعبر إدراكها السليم لطموحاتها وإنجازاتها وقدراتها إلى أن السعي لتحقيق أقصى ما تتيح لها تلك الذات من إمكانيات (Swann, 2001).

يتضح المفهوم السلبي للذات لدى السيدة المصابة بسرطان الثدي من خلال أسلوبها أو تصرفاتها الخاصة وتعاملاتها، أو من تعبيرها عن مشاعرها تجاه نفسها وتجاه الآخرين، كما أن

مفهوم الذات السلبي يجعل السيدة المصابة تعاني من مشاعر عدم الثقة بالنفس، مما يؤدي إلى أن تكون أقل تكيفاً من الناحية النفسية (ربيع، 2005).

أن مفهوم الذات السلبي لدى السيدة المصابة بسرطان الثدي، يعتمد على الاعتماد الموجب المشروط، الذي يعنى إظهار تقبل الآخرين للسيدة وفقاً لسلوكيات معينة تسلكها أو صفات معينة (Swann, 2001).

ويصف سميث (Smith) المشار إليه في الشناوي (1995) أن الأفراد الذين يعتقدون أنفسهم سلبيين بأنهم أفراد يفتقدون الثقة بأنفسهم، ويخشون دائماً التعبير عن الأفكار غير العادية، بحيث يميلون إلى الحياة في ظل الجماعات الاجتماعية مستمعين أكثر من كونهم مشاركين ويفضلون العزلة والانسحاب على المشاركة، مما يقلل فرصهم في تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين، وهذا قد ينعكس على طبيعة العلاقات الأسرية السائدة في أسرة السيدة المصابة بسرطان الثدي.

ويذكر بكيلاني (2008) أن الأفراد ذوي المفهوم السلبي للذات يتميزون بالإدراك السالب للذات، وعدم الرضا عن ذواتهم "السلبية" وعدم القدرة على تحمل المسؤولية والتشاؤم، بالإضافة إلى أنهم يصفون أنفسهم دائماً في مواقف لا يستطيعون الإنجاز فيها ويلومون أنفسهم أحيانا بسبب إخفاقاتهم، وترى الباحثة أن هذا قد يؤثر سلباً على مستوى المرونة النفسية وطبيعة التفاعل مع الآخرين لا سيما في ظل افتقار السيدة المصابة بسرطان الثدي للقدرة على التكيف وعدم قبول الذات وغياب الهدف من الحياة.

وبناء على ما سبق، يتضح أن الذات قد تكون موجبة، وقد تكون سالبة، فكلما كانت الذات موجبه أدى ذلك بالسيدة المصابة بسرطان الثدي إلى التوافق النفسي، وكلما كانت الذات سالبة أصبحت السيدة المصابة عرضة للقلق والاضطراب وبالتالي سوء التوافق النفسي.

يرى روجرز(Rogers) المشار إلية في هارتر وواترز (Harter & Waters, 1998)

أن مفهوم الذات ثابت إلى حد كبير، ولكن يمكن تغييره وتعديله، حيث يرجع سلوك الفرد إلى محاولة تحقيق الذات، وقد يؤدي به إلى تعديل سلوكه بما يتناسب مع ما يحيط به، فإذا كانت البيئة المحيطة غير داعمة، فان مشكلات الفرد تزداد، وعلاج هذه المشكلات يتطلب من المعالج تزويد الفرد المضطرب بجو اجتماعي يمكنه من التعبير عن مشاعره ثم قبولها، واتخاذ القرار المناسب لها، ويؤدي ذلك إلى نمو الذات نحو مزيداً من الصحة والقوة وزيادة كفاءتها لتكوين علاقات أفضل مع الآخرين الامر الذي سعى البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة إلى تحقيقه من خلال مساعدة السيده المصابة بسرطان الثدي على تحسين الصحة النفسية لديها.

العلاقات الأسرية

تُعد الأسرة نواة المجتمع ينمو خلالها الأفراد حتى اكتمال النضج، ويعيش الأفراد فيها ضمن نظام هرمي يقوم على الاحترام والمساندة والعلاقات الإيجابية المتبادلة. والأسرة بمفهومها الاجتماعي تعمل على استمرار بقائها ورسوخها واستقرارها عن طريق استمرار العلاقات الاجتماعية والثقافية فيها، ومن خلال التعليم والتدريب. وتنظم الأسرة لسلوك أبنائها، ومراقبة علاقاتهم بغيرهم من أفراد المجتمع. والأسرة بشكلها البسيط تتكون من الزوج والزوجة والأبناء غير المتزوجين. ويطلق على هذا الشكل الأسرة النواة لأنها تتكون من جيلين فقط. وقد تتكون الأسرة من جيلٍ واحد في حالة العقم أو عدم الرغبة في الإنجاب. فهي الخلية الأولى في المجتمع وهى الوحدة الأساسية في البناء الاجتماعي .

وتتمثل العلاقات الأسرية في التفاعل بين أفراد الأسرة، مشيراً ذلك إلى العلاقات الثنائية بين الوالدين من جهة وبين كل منهما والأبناء من جهة أخرى، كما تتمثل في العلاقات المتبادلة

بين كل من الإخوة والأخوات بحيث يؤثر كل طرف في الطرف الآخر ويتأثر به من خلال عملية التواصل بينهما (عمر، 1992).

ويُعد الحموي (2006) التواصل أساس الحياة اليومية حيث تبادل كميات ونوعيات كبيرة من البيانات والمعلومات، فمن السؤال عن الأحوال إلى تبادل المشاعر ونقل الأفكار واستعراض الأخبار، وتناقل وجهات النظر بشكل يمكن أن يعتبر الإنسانُ مركزاً متنقلاً للمعلومات مع مراكز أخرى يرسل إليها ويستقبل منها؛ فالتواصل هو الجسر الذي يصل الإنسان بالآخرين.

ويحدد سيلارز (Sillars, 2001) أهمية التواصل بأنه: أسلوب هام لجمع البيانات والأخبار والمعلومات، ويفتح المجال أمام الآخرين للاحتكاك والتفكير والاطلاع والحوار وتبادل المعلومات، والتعرف على آراء الآخرين وأفكارهم عن طريق التواصل على شكل حوار أو جدل بين طرفين، كما يساعد الأفراد والمجتمعات على نقل الثقافات والتقاليد والعادات واللغات، ويحقق التوافق بين الناس.

وفي العصر الحالي، يأخذ التواصل أهمية خاصة، فهو وسيلة التفاهم والتخاطب بين أفراد المجتمع، وتتزداد أهمية التواصل بين الزوجين؛ لأنه السبيل إلى التفاهم بشأن أمور العلاقة الزوجية ومستقبل الأسرة، ولهذا يجب على الأزواج أن يصرفوا جزءاً من أوقات يومهم في التواصل فيما بينهم (الكرمي، 2000).

وقد ركزت الدراسات التي أجريت في مجال العلاقات الأسرية على أهمية وجود العلاقة القائمة على التواصل الدافئ بين أفراد الأسرة الواحدة وأثرها في نمو شخصية كل منهم في جميع مظاهر النمو العقلية واللغوية والاجتماعية والانفعالية، حيث يكون التفاعل الثنائي الإيجابي

المبني على المحبة والمودة وإشباع الحاجات الأساسية والثانوية أمراً ضرورياً لتحقيق الاتزان النفسي، والاستقرار الاجتماعي في نطاق أي أسرة (Bilquess, 2003).

إن للعلاقات الأسرية بين أبناء الأسرة الواحدة تأثيراً واضحاً في تنشئة الأبناء، فمن خلال هذه العلاقة ترسم طبيعة الأجواء السائدة داخل الأسرة، بل تمثل انعكاساً لهذه الأجواء ويظهر أثرها في تشكيل سلوك الأبناء وبناء شخصياتهم وفي دعم أفراد الأسرة لبعضهم في أوقات الأزمات والمشكلات، ويظهر تأثيرها بوضوح عندما تسوء هذه العلاقة أو يصيبها شكل من أشكال الفتور أو البرود أو الانقطاع، إلى غير ذلك من المشكلات، علماً بأن مشكلات التفكك الأسري ذات علاقة وثيقة في تحديد ورسم هذه العلاقة بين أبناء الأسرة الواحدة سواء على مستوى علاقة الأبناء مع بعضهم بعضاً، أو بينهم وبين الآباء والأمهات (العزة، 2000).

ويرى الكرمي (2000) أن هناك عدداً من الوسائل لإنجاح العلاقة بين الزوج والزوجة وجعلها علاقة متينة ومفيدة هي: التواصل الهادف، أي التحادث الموجة، لفهم ما يريده الآخر، وأن يعي مقصده من القول، واحترام الاختلافات في الرأي والسلوك فيما بينهما، والابتعاد عن إصدار الأحكام على الأنا أو على الآخر، وتحمل المسؤولية تجاه القرارات المتخذة. وعندما تعاني السيدة من سرطان تبرز الحاجة الملحة إلى تلقي الدعم من جميع أفراد الأسرة الأمر الذي قد يستدعي إجراء تعديل أو تغير في طبيعة التواصل بين أفراد الأسرة الواحدة، فقد يكون هناك تحسن في مستوى التواصل بين الزوجين كما أن هناك بعض الأزواج ممن يتخلون عن تقديم الدعم النفسي والمادي للزوجه، وبالتالي فإن طبيعة العلاقات الأسرية هنا مهددة بطريقة مباشرة وغير مستقرة، وبالتالي تصبح البيئة مهيئة لظهور العديد من الأضطرابات النفسية ليس فقط لدى الزوجة المصابة بسرطان الثدي، بل قد يكون الأبناء عرضة للأصابة أيضاً بذلك المرض.

وتقوم الأسرة على علاقات عدة تشكل في مجموعها العلاقات الأسرية التي تحكم دورة حياة الأسرة ومن هذه العلاقات، **العلاقة بين الزوجين** التي تعد المحور الأساسي لنسق العلاقات التي تقوم بين أفراد الأسرة، والمنطلق الأساسي لعملية التنشئة الاجتماعية، حيث تعكس العلاقة الزوجية (الجو العاطفي) للأسرة الذي يؤثر تأثيراً كبيراً على عملية نمو الأبناء نفسياً ومعرفياً، إذ يكتسب الابن أنماطه السلوكية من علاقه الزوجين مع بعضهم بعضا، فالأبناء يتقمصون شخصية آبائهم، ويتمثلون سلوكهم بوصفه أنموذجاً بشكل شعوري او لاشعوري (بلميهوب، 2009).

فالعلاقة الزوجية المستقرة توفر للأبناء البيئة النفسية والصحية السليمة للنمو، وفي حال الاصابة بسرطان الثدي قد تكون هذه العلاقة مصدر تهديد للأبناء عن طريق غياب الانسجام في بعض الحالات أو التخلي عن الزوجة مع غياب مصادر الدعم المختلفة التي كانت تقدم من الزوج (Danesh, 2000).

قد تتاثر **العلاقة بين الأخوة** بعد إصابة الأم بسرطان الثدي، فقد تتسم بالانسجام والتوافق وعدم الصراع، لتوفير الدعم النفسي وعدم اظهار الخلافات حتى لا تتأثر الأم من الناحية النفسية، إضافة إلى ذلك قد تبرز الخلافات خاصة في ظل غياب الانسجام من خلال محاولة كل فرد السيطرة على الأسرة والحصول على الاستحسان من الأب أو الأم (الخولي،1983).

وقد تتعرض الأسرة للعديد من المشكلات التي يمكن أن تؤثر سلباً على العلاقات بين أفرادها، كالمشكلات النفسية التي تتمثل في الغيرة والخيانة الزوجية والنزاع على السيادة في الأسر والمرض وغيرهما. وقد تتعرض الأسرة أيضاً إلى مشكلات اجتماعية مثل سوء العلاقة

بين الزوجين والأبناء ومشكلات المرأة العاملة وتعدد الزوجات والطلاق وغيرها (الحموي، 2006).

ويضيف بروش وليفو (Bruch & Levo, 2001) إلى المشكلات السابقة الذكر مجموعة أخرى من المشكلات التي تتمثل في: مشكلات اقتصادية: كقلة الدخل وانعدامه، سوء التصرف في الدخل ومشكلات صحية: كالمرض المزمن العاهات العقم، ومشكلات ثقافية: كتنافر الميول الشخصية والقيم بين الزوجين وتباين المستوى التعليمي، ومشكلات عقلية: كتباين مستوى الذكاء بين الزوجين والضعف العقلي، ومشكلات أخلاقية: كارتكاب الفحشاء والقسوة في معاملة الزوجة أو الأبناء والتنكر للقيم الاجتماعية والأخلاقية في معاملتهم، التبرج، وعدم الصدق والصراحة والإخلاص في العلاقات الزوجية، ومن جانب الأبناء عدم الاهتمام بنصائح الوالدين وعدم احترامها والاستماع إلى قرناء السوء والانحراف والتشرد والتسول، وارتكاب الجرائم .

وتشير اسبانيولي(2002) أنه يمكن منع عديدٍ من المشاكل في العلاقات الأسرية خاصةً، وفي العلاقات الاجتماعية عامةً إذا فهم كل طرف نفسه وأسلوب التواصل الذي يتبعه في تعامله مع الطرف الآخر، ومحاولة استبداله إذا لزم الأمر. ومن أجل تحقيق تواصل مثمر وفعّال، هناك بعض الأساليب التي يمكن استخدامها هي: الإصغاء الكامل وعدم المقاطعة، وذلك باحترام وتفهم وجهة نظر الآخر دون الاستهتار بكلامه.

ومن المعروف أن مرض سرطان الثدي من الأمراض التي تهدد الحياة الإنسانية فيصيب المريضه بحالة من الخوف والقلق والحزن كما يوقعها في اضطرابات نفسية وسلوكية فيصبح من الصعب أن تراها مستقرة نفسياً من جراء تفكيرها الدائم في المرض ونتائجة المتوقعة. كما يؤثر هذا المرض على قدرة المريضة في إقامة علاقات تواصل مع الآخرين نتيجة للحساسية المفرطة والشعور بالخجل والإحراج الذي يلازمها من جراء فقدان أحد ثدييها او

كليهما، الأمر الذي يؤثر على العلاقة الزوجية بشكل كبير مما يؤدي إلى احداث فجوه بين الزوجين تسبب في فقدان الثقة بالنفس ورفض الذات، كما تواجه المريضة بعض المشكلات الاجتماعية التي تدخلها في جو من العزلة والشعور بالوحدة هرباً من أن ترى نظرات الشفقة في عيون الآخرين، ومن هنا يبرز دور الأسرة الداعم للمريضة (Kleponis, 2006).

وهناك دور كبير للأسرة والمجتمع في مواجهة هذا المرض والحد من آثاره النفسية على المريضة، فإصابة الأم أو الزوجة بسرطان الثدي له أكبر الأثر في التأثير على جميع أفراد الأسرة، وبالذات عندما لا توجد خلفية أو معلومات كاملة عن المرض (مديرية مكافحة السرطان، 2006).

فالأسرة تلعب دوراً كبيراً في دعم المريضة وتشجيعها على مواجهة المرض من خلال ما أشار إليه (العزة، 2000) حيث أن التقرب من المريضه وأشعارها بأنهم قريبون منها ومهتمون بحالتها الصحية يبعدها عن القلق والتوتر، وأن إسهام الرجل ومشاركته الوجدانية للزوجة المصابة واحتوائه لها، الأمر الذي يرفع من معنوياتها ويزيد من حماسها ودوافعها في التغلب على المرض، قيام الأسرة (الزوج والأبناء) بتقوية الوازع الديني لدى الأم، ونقل الخبرات الحياتية المتفائلة لها، وإعطائها معنى أجمل للحياة.

العلاج القائم على النظرية الوجودية

يعود الفضل في ظهور النظرية الوجودية إلى فكتور فرانكل (Victor frankl)، الذي ولد عام 1905، حيث يعتبر زعيم المدرسة النمساوية الثالثة بعد فرويد وادلر في العلاج النفسي (الشناوي، 1995). ويُعدّ كتابه بحث الإنسان عن المعنى(man's search for meaning)

مقدمة في العلاج بالمعنى، وفيه يشرح فرانكل كيف أن المعنى يمكن أن يوجد حتى في أقسى لحظات المعاناة والألم، وأن كل إنسان مسؤول عن إيجاد معنى لحياته، وعن تحويل أسوأ الخبرات الحالكة إلى لحظات انتصار حاسمة، وذلك أملاً في بلوغ هدف محدد. فالحياة عنده مليئةً بالفرص التي تمكن الإنسان من استخدام قيمه في تقديم عملٍ إبداعي، حتى لو كانت حياة محن وآلام ومعاناة، لأنه يجب أن تكون هناك دائماً نظرة مفعمة بالرجاء والأمل في القدرة على التسامي و الوصول إلى المعنى (Corey, 2011).

ويشير كارلسون وجارلاند (Carlson & Garland, 2005) إلى مجموعة من المفاهيم المرتبطة بالعلاج بالمعنى هي أولاً: النظر للألم على أنه جزء لا يتجزأ عن الحياة ومن غير الآلام لا يمكن للحياة أن تكتمل والألم بنفس قوة الموت، ولكي يتحقق معنى الحياة لابد للإنسان أن ينظر إلى مستقبله نظرة تفاؤلية، فإذا كان هناك سؤال ماذا نتوقع من الحياة؟ يجب أن يصاغ بطريقة أخرى وهو ماذا توقعت منك الحياة؟ وما قدمت أنت للحياة؟ وبذلك فإن فقدان المريضة المصابة بسرطان الثدي ثقتها بنفسها وبأفراد أسرتها يؤدي إلى سلوك فاقد لإرادة الحياة أو سلوك بلا هدف، بعيدا عن المواصلة والتواصل مع حياة أفضل وقد لا يكون لوجودها أهمية. وعندما يكون للمريضة المصابة بالسرطان هدف تسعى إليه في هذه الحياة يصبح مستقبلها متفائلا وتتخطى الآلام والهموم.

ثانياً: يُعد الحب الهدف الأقصى للوجود وخلاص الإنسان من كل الآلام النفسية والبدنية، ومن خلاله يتحول الألم إلى أمل، لأن فية طموح غائب، يجب أن يسعى إليه كل إنسان في عمق كل أزمة. من هنا تبرز الحاجة إلى أن تشعر المريضة المصابة بالسرطان بالحب من أفراد أسرتها ولا يتحقق هذا الإحساس إلا في ظل علاقات أسرية سوية.

ثالثاً: ينظر إلى الفرد بأنه ذو مظاهر نفسية، وبدنية، وعقلية، وروحية لأن للفرد خصائص من أبرزها: الروح التي تعد الجانب الأسمى في الفرد ومن الروح يشتق الوعي والحب والضمير الأخلاقي والحرية تعبر عن مواجهة الغرائز والميل والبيئة، المسؤولية إذ أن الفرد مسؤول أمام ضميره، وأمام الله، ووظيفة الإرشاد حث مريضات سرطان الثدي على فهم أنفسهن بحيث يصبحن أكثر وعياً بمسؤولياتهن، الموت هو نهاية الحياة الفعلي، وقد يسبب ذلك الشعور ارتفاع نسبة القلق لدى مريضات سرطان الثدي، لذلك يكون التدخل الإرشادي بمحاولة شغل تفكير المريضة بالحياة بعيداً عن التفكير بالموت، بهدف قهر الموت كما يتم مساعدة مريضات سرطان الثدي على الاستفادة من خبرات الماضي التي مرّت بها في رسم طبيعة مستقبلهن وأهدافهن وطموحاتهن، ويحاولن الابتعاد عن تكرار الأخطاء التي وقعن فيها سابقا.

رابعاً: يساعد الدافع على تحقيق معنى الحياة وهو أهم ظاهرة إنسانية، فكلما كان الدافع قوياً للحياة كان للوجود معنىً واضحاً. لذلك قد تساعد مريضات سرطان الثدي على تحديد هدف للحياة ومحاولة استثارة الدافع بعد ذلك من أجل إعطاء معنى للحياة.

وقد حدد فرانكل (frankl, 1998) مجموعة من المفاهيم المرتبطة بالعلاج الوجودي منها: **حرية الإرادة** التي تعدَ من المفاهيم الهامةً في فكر وكتابات فرانكل، الذي يؤمن بأهمية أن نكون أحراراً في اختيار ردود أفعالنا تجاه ظروفنا وأحوالنا ووجودنا، إذا ما كان لنا أن نتمتع بالصحة النفسية، ولهذا فإن الشخص الذي لا يعرف كيف يستخدم هذه الحرية يعاني من العصاب الذي يسيطر عليه ويعطل إمكاناته ويؤخر نموه الإنساني، والبشر ليسوا تابعين لبعض القيم والمبادئ وليسوا آلات تستجيب بحسب ما وجهت إليه، وليسوا نتاج ما دربوا عليه في

طفولتهم، أو ما اكتسبوه من خبرات في حياتهم، بل إنهم أحرار، في أن يختاروا من السبل ما يكفل لهم ضمان الوصول إلى المعنى وتحقيق إرادة المعنى التي هي إرادة الحياة.

أما **معنى الحياه** فيشير إلى أنه عندما تسأل الأفراد عن السبب الذي من أجله يعيشون حياتهم، فإنهم سيجيبون بأنهم يعيشون من أجل أبنائهم الذين يجب أن تستكمل تربيتهم ، ومن أجل الصديق الذي يجب مساندته، أو من أجل العمل الذي ينبغي إنجازه، أو من أجل الحركة السياسية التي ينبغي أن تحظى بالتأييد، أو من أجل العمل الفني الذي لم يزل قيد التطوير، وكل هذه الإجابات يمكن إيجازها في جملة واحدة مؤداها، أن هناك شخصاً ما أو شيئاً ما في حاجة إلى وجودنا، وهنا يكمن جوهر العلاج بالمعنى الذي يعلم مريضات سرطان الثدي أن غاية حياتهن ينبغي أن تكون من أجل معنى يدوم حتى في ساعات المعاناة الجسمية والنفسية (Carlson & Garland, 2005).

يشير كوري (Corey,2011) إلى أن **إرادة المعنى** تمثل دافعاً رئيسياً في حياة الإنسان، بل إنها أقوى الدوافع الرئيسية، فبغيره لا يكون هناك مبرر للاستمرار في الحياة. وهو دافع فطري ومتفرد لدى كل إنسان، ومختلف في طبيعته وتوجهه من فرد لآخر، بل ولدى نفس الفرد من موقف لآخر، ويمكن تحقيق هذا الدافع من خلال ما نحققه في حياتنا من مهام نكتشف من خلالها ذواتنا، و قدراتنا على التحدي لمعوقات إنجاز هذه المهام.

إن إرادة المعنى عند الإنسان قد تتعرض للإحباط، وهو ما يعرف بالإحباط الوجودي، الذي قد ينتج أحيانا عن المرض النفسي. وهذا النمط من المرض يطلق عليه مصطلح (العصاب معنوي المنشأ) خلافاً للعصاب النفسي المنشأ ويتولد هذا النوع من العصاب من صراعات القيم المختلفة (أي من الصراعات المعنوية الأخلاقية)، ويؤكد على أنه ليس كل صراع بالضرورة عصابياً،

فمقدار من الصراع سوي وصحي، كما أنه ليست كل معاناة ظاهرة مرضية، فالمعاناة قد تكون إنجازاً إنسانياً طيباً، خاصة إذا كانت تنشأ من الإحباط الوجودي .إن **المسؤولية** الهائلة التي يحمل عبئها كل إنسان تعني أنه يتحتم عليه أن يجد معنى لحياته الخاصة من خلال وجوده، وهكذا فإن العصاب الوجودي ليس نتيجة توتر وصدمة، وإنما نتيجة عدم القدرة على رؤية معنى للحياة (الشناوي،1995).

ويؤكد فرانكل(1998) على الديناميات المعنوية التي تدعم الصحة النفسية للفرد، و قوامها أن يكون هناك دائما شكل من أشكال التوتر بين إنجازات الفرد و طموحاته، أي بين ما هو عليه الآن وما ينبغي أن يكون عليه. وقد رأى فرانكل أن الصحة النفسية تستند إلى درجة من التوتر بين ما أنجزه الفرد وما لا يزال عليه أن ينجزه، بحيث يكون ناتج الديناميات المعنوية في حياة الإنسان تحديد معنى بالإمكان بلوغه. لذلك يجب مساعدة مريضات سرطان الثدي على تحديد معنى من الممكن بلوغه ويتناسب مع الظروف المختلفة المحيطة بهن.

إن التأكيد على الالتزام بالمسؤولية جزء لا يتجزأ عن العلاج الوجودي، وهذا هو المبدأ الذي يستثير إحساس الفرد بالالتزام والمسؤولية، فيتخيل أن الحاضر سوف يصير ماضياً، وأن الماضي لن يتغير أو يتحسن، في حين أن المستقبل سوف يكون من غير شك قابلا للتغير. ويحاول العلاج الوجودي أن يجعل المريض واعياً كل الوعي بالتزامه بمسئولياته، ويترك له حرية اتخاذ القرار بشأن إدراكه لنفسه كشخص مسؤول عن اختياره لأهدافه في الحياة. ويرى فرانكل أيضاً أن الدافع الحقيقي في حياتنا ليس هو البحث عن ذواتنا، وإنما البحث عن المعنى. وهذا يعني من جانب معين نسيان أنفسنا، وتجاوزها والتسامي فوقها. من أجل تحقيق مستويات مرتفعة من الصحة النفسية (Corey,2011).

وتتمثل أهداف الإرشاد الوجودي خلال العمل مع مريضات سرطان الثدي في جعل المريضات أكثر وعياً وإدراكاً لوجودهن، وتوضيح فردية كل مريضة وتقدير حريتها، وتحسين مستوى مواجهتها للأخرين وتحديداً أفراد أسرتها، وتعزيز شعورها بالمسؤولية، ومساعدتها على تقوية الإراده، وتجاوز الأحساس بالألم، والتعبير عن الحب لأفراد الأسرة (مركز الحسين للسرطان،2012).

فنيات العلاج الوجودي

يقوم الإرشاد الوجودي على فنيات عدة (الرشيدي والسهل، 2000) و (Cimpirch, Janz, Northouse, & Wren, 2005) منها:

القصة الرمزية : يشير " فرانكل " مؤسس هذا المنحى الإرشادي / العلاجي إلى أن هذه الفنية وسيلة مفيدة مع بعض الأشخاص، حيث يروى المرشد النفسي قصة توضح معنى معيناً قد يصعب التعبير عنه بشكل مباشر، فمثلاً قصة حبوب الخردل، التي توضح معنى ارتباط الحياة الإنسانية بالمعاناة، حيث ولدت الهندية جوتا طفلاً، لكنه مرض ومات، فشعرت بالحزن والأسى، وحملت جثمانه وجابت به أنحاء المدينة، فسخر الناس منها، فلجأت إلى أحد الحكماء، الذي أخبرها أن الدواء الوحيد هو أن تحضر حفنة من حبوب الخردل من أي منزل بالمدينة لا يكون أحد من أهله قد مرض أو عانى أو مات، فجابت المدينة من بيت إلى بيت، لكنها لم تنجح في العثور على منزل لم يعاني فيه أحد أو يموت، من هنا أدركت أن ابنها لم يكن الوحيد الذي مرض ومات، وأنها لم تكن الوحيدة التي عانت، وأن المعاناة قانون سائد بين بني البشر. لذلك فإن انتقاء بعض القصص الهادفة قد تحسن الحالة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي.

تعميق الوعي بالموت: فهي من الفنيات التي تؤكد على أهمية وقيمة الحياة، وأن الموت في جميع جوانبه هو الحقيقة التي تجعل من اللحظة الراهنة شيئاً ذا قيمة، ومن الأهمية مساعدة مريضات سرطان الثدي هنا على معرفة بأن الجميع سيموت في يوم ما، وأنهن على قيد الحياة الآن، والسؤال الهام حقاً هو ماذا سيفعلن فيما بين هذين الحدثين؟ (Cimpirch, Janz, Northouse, & Wren, 2005).

المسرحيات النفسية القائمة على المعنى(Logo Drama): تقوم على أساس تخيل الماضي من الحياة بهدف تعزيز الإحساس بالمسؤولية نحو الوجود الشخصي، فمن خلال هذه الفنية تحكي كل مريضة قصتها مع الحياة والمرض، وعن طريق الحوار المتبادل بين المريضات والمرشدة يحصل تحسن وإحساس بمعنى الحياة (الرشيدي والسهل، 2000).

الحوار السقراطي (Socratic Dialogue): يستخدم مع مريضات السرطان من أجل استثارة المعنى لديهن وذلك بتوجيه أسئلة استفزازية في إطار حوار تساؤلي.

فنية التركيز (Focusing): التي تركز على أن يحدث فيها تواصل من نوع خاص مع الوعي الجسدي الداخلي، هذا الوعي يمكن تسميته بالشعور المحسوس (Felt Sense)، ومريضات السرطان يجب أن يتعلمن كيف يستحضرن هذا الشعور المحسوس بالالتفات إلى داخل الجسد،هذا الشعور هو إحساس الجسم بمشكلة أو موقف معين، وهو ليس انفعالاً كالغضب أو الحزن أو السعادة، وإنما هو شيء يحدث في البداية دون أن يلفت الانتباه، فهو غير معروف وإن كان له معنى، وعندما تتعلم المريضات كيف يمررنَ بخبرة التركيز، فإنهن يدركن أن الجسد له وسائله الخاصة في التعرف على مشكلات الإنسان وتقديم الحلول لها، من هنا يأتي التركيز بالتغيير المطلوب (فرانكل، 1998).

الشبكة العلاجية (Network Therapy): هي من الفنيات الإرشادية / العلاجية التي يجب أن تستخدم ركيزة أساسية لتحقيق الأهداف المرجوة للبرامج العلاجية المختلفة، وأنه من خلال هذه الفنية يجب إشراك أفراد الأسرة في هذه العملية حتى يكون الإرشاد بالمعنى أكثر فاعلية، وتكون نتائجه أسرع وذلك عن طريق أمداد المرشد النفسي بكثير من المعلومات عن حياة المريضات، وأيضاً المواقف والأحداث المختلفة التي تؤثر سلبياً أو إيجابياً عليها، بالإضافة إلى ردود الأفعال المختلفة نحو هذه الأحداث (الرشيدي والسهل، 2000).

وعلى الرغم من أن كل أسلوب علاجي يتضمن مجموعة من المفاهيم والفنيات الأساسية التي تستخدم لتفسير السلوك الإنساني وتكون الموجه للممارسة المهنية، إلا أن الاتجاه السائد في العلاج الوجودي يتجه نحو العكس من ذلك، فهو ينظر إلى السلوك الإنساني على أنه إفراز للبحث الدائم والمضني عن المعاني من الوجود في هذه الحياة. وعلى هذا فكلما استغرقت مريضات سرطان الثدي في عملية البحث عن تلك المعاني والوصول إليها، كلما أمكن تفسير السلوك والوقوف على طبيعته. إن العلاج الوجودي يتجه نحو احترام مريضات سرطان الثدي ومساعدتهن على استكشاف جوانب جديدة في سلوكهن من خلال البحث الدائم عن معنى ذلك السلوك والوقوف على ماهية حدوثه (Bugental, 1987).

يرى انصار الإتجاه الوجودي في المداخل العلاجية الأخرى وسيلة لاغتراب الإنسان عن واقعه وتجزئة لوجوده من خلال الاستغراق في العوامل الذاتية والبيئة التي تسير حياته وتحرمه الحرية التي تمكنه من تحقيق ذاته. ومن هنا كان التأكيد في هذا المدخل العلاجي على مساعدة مريضات سرطان الثدي في إيجاد معنى الحياة المتمثل في الحرية المسؤولة والاختيار من بين البدائل ما يحقق الذات وصولاً للتوافق النفسي والاجتماعي. إن نظرة العلاج الوجودي للطبيعة الإنسانية تتمثل في إعطاء أهمية كبرى لوجود الإنسان في هذا العالم، وأن هذا الوجود متجدد من خلال

المواقف والخبرات التي يمر بها الإنسان. وينادى المنظرون لهذا الأسلوب العلاجي بأهمية أن يتأمل الإنسان حقيقة وجوده، وأن يسعى إلى تكوين الإدراك الكامل بماهية هذا الوجود. وفي هذا الصدد يحاول الممارسون من خلال هذا الأسلوب العلاجي إثارة العديد من الأسئلة: من أنا؟ ماذا أريد أن أكون؟ ومن خلال هذه الأسئلة يسعى كل من المسترشد والمعالج إلى إدراك المعاني المفسرة لطبيعة الموقف الإشكالي (Corey, 1996).

إن العلاج الوجودي ليس كغيره من الأساليب العلاجية من حيث صياغة أساليب علاجية تكون مرتبطة به وتوجه عملية تقديم المساعدة للمسترشدين. فهو أسلوب علاجي يعتمد على أطر فلسفية ومفاهيم نظرية ترتبط بوجود الطبيعة الإنسانية والاستغراق في الوصول إلى جملة المعاني التي تفرزها عملية التفكير الواعي في الأحداث التي يتعرض لها الإنسان.

ومن هذا المنطلق فالممارسون لهذا الأسلوب العلاجي يعتمدون في طريقة العلاج على جملة من الأساليب العلاجية المرتبطة بالنماذج العلاجية الأخرى كالعلاج المعرفي والعلاج المتمركز حول المسترشد. وبالتالي يجب أن تركز البرامج الإرشادية المستخدمة على الفنيات التي تدفع المريضة لإدراك ذاتها، والتفكير بشكل منظم لتصل إلى معنى لحياتها بحيث تتمكن من مواجهة المخاوف والتحديات التي تعترضها (Deurzen- Smith, 1990).

وبناء على ما سبق، تقوم الباحثة بإجراء الدراسة الحالية للكشف عن فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية، وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

يشكل مرض سرطان الثدي مشكلة كبرى في جميع المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية؛ فمعرفة المريضة بحقيقة المرض عندئذ تتداعى كل التطمينات وتبدأ الوساوس والقلق والمخاوف المختلفه وتتأثر حالة المريضة النفسية والأسرية سلباً بسبب تداعيات المرض ورحلة العلاج.

إن نسبة الإناث في المجتمع الأردني يشكل حوالي (49.1%)، الذي يقدر حوالي 3,027900 سيدة، وإن (70%) من حالات سرطان الثدي يتم تشخيصها في المراحل المتقدمة من المرض، وهذا يقلل من فرص شفاء المصابة وبقائها على قيد الحياة (مديرية مكافحة السرطان، 2006). ويعمل مركز الحسين للسرطان بالتعاون مع القطاعات الحكومية والخاصة على تخفيض نسب الإصابة بسرطان الثدي في المراحل المتقدمة من 70 في المائة إلى 20 بالمائة خلال الخمس سنوات المقبلة (الكسواني، 2007).

إن سرطان الثدي يعدَ أحد الأعباء الاقتصادية، بسبب تكلفة المرض المباشرة بمراحله الطويلة، وتكلفة الموت (فقدان الإنتاج بسبب الموت)، وبموجب منظمة الصحة العالمية فإن سرطان الثدي قد قدر تكلفته (209.9) بليون دولار في سنة 2005، من خلال (118.4) بليون دولار تتعلق بتكلفة الموت، و(74) بليون دولار تتعلق بالتكلفة الطبية المباشرة(العناية الصحية)، و(17.5) بليون دولار تتعلق بتكلفة المرض (فقدان الإنتاج بسبب المرض) (America Cancer Society, 2006).

إن سرطان الثدي غالباً ما يتحول إلى مشكلة صحية مستعصية، لأن السرطان مرادفًا للموت، ولأنه يصيب عضواً حساساً في جسم المرأة، فنجد أن ما يتعلق بهذا العضو من فحوصات يكون أمراً مثيراً للحساسية إن لم يكن الرفض المطلق. فالسرطان لا يعني أن هنالك

مريضاً وإنما أسرة مريضة (خليل، 2000). وهذا ما لفت انتباه الباحثة عبر معايشتها لمريضات سرطان الثدي واحتكاكها بهن، إذ ثمة حالة من رفض الذات، وعدم القدرة على التعافي، واستيعاب التطورات التي تحدث خلال مسيرتها العلاجية. وعلى الرغم مما تقدم هنالك ندرة في الدراسات التي تناولت هذه المشكلة بمختلف جوانبها في البيئة العربية عامة والأردنية خاصة. فقد برزت الحاجة إلى أهمية مساعدة هؤلاء المريضات من خلال التدخلات والبرامج العلاجية بهدف رفع مستوى المرونه النفسيه، وقبول الذات والعلاقات الأسريه، ومن أبرز التدخلات العلاجية التي يمكن تفعيلها في هذا المجال، وتتلخص مشكلة الدراسة في الإجابة على سؤال الدراسة الرئيسي. **فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن**، والذي ينبثق منة التساؤلات الفرعية التالية:

السؤال الأول : هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟

السؤال الثاني : هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين قبول الذات لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟

السؤال الثالث : هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين العلاقات الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟

السؤال الرابع : هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين كل من: المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً لمتغيرات العمر، المؤهل العلمي، ومده المرض؟

فرضيات الدراسة

الفرضيه الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الأداء على مقياس المرونة النفسية ككل تعزى للمجموعة (تجريبية، ضابطة).

الفرضيه الثانيه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الأداء على مقياس قبول الذات ككل تعزى للمجموعة (تجريبية، ضابطة).

الفرضيه الثالثه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الأداء على مقياس العلاقات الأسريه ككل تعزى للمجموعه (تجريبية، ضابطة).

الفرضيه الرابعه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الأداء على كل من مقياس المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية، تعزى لكل من: العمر، المؤهل العلمي، مدة المرض.

أهمية الدراسة

تنبثق أهمية هذه الدراسة من جانبين: الأول الأهمية النظرية، والثانية الأهمية التطبيقية .

فمن حيث الأهمية النظريه:

تعد هذه الدراسة إضافة معرفية جديدة للدراسات العربية المتوافرة في مجال الإرشاد الوجودي وفاعليتها في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية. تختلف هذه الدراسة عن سابقاتها من الدراسات باستخدامها جملة من الفنيات العلاجية المرتبطة بالنماذج الأخرى، بالإضافة إلى فنيات النظرية الوجودية. فقد أشارت جميع الدراسات السابقه إلى ضرورة وجود برامج إرشادية علاجية تقدم لمرضى السرطان جاءت هذه الدراسة لتكمل الجوانب البحثية. ثم أن هذه الدراسة وإن تعاملت مع مريضات سرطان الثدي الا أنه يمكن الإفادة منها مع مرضى

آخرين على اختلاف أمراضهم المزمنة بسبب أن النظرية الوجودية من أفضل النظريات للتعامل مع مثل هذه الفئات من المرضى، وتكمن أهميتها كذلك من انعكاس فوائدها على أطراف العملية الإرشادية كافة، فهي تتصدى لأهم مشكلات العصر وبالتحديد سرطان الثدي، مشكلة المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية.

أما من **الناحية التطبيقية** توفر الدراسة الحالية إطار مرجعي ومقدمة للأبحاث والدراسات القادمة وفتح المجال أمام باحثين آخرين في المستقبل للاهتمام بهذا الموضوع ودراستة من جوانب أخرى وفتح آفاق جديدة لدراسات وموضوعات لتقريب وجهات النظر ودعم الدراسة علمياً وبحثياً، كما توفر الدراسة أدوات قياس مختلفة من الممكن استخدامها بالدراسات المستقبلية، إضافة إلى تقديم بيانات كمية ومعلومات حول طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة، وتقدم إطاراً نظرياً وتصورياً من المفاهيم والبيانات والمعلومات ورفد الأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات الصحية ببرامج إرشادية تساعدهم في التعامل مع المرضى. وتسهم في دعم حاجة البحث العلمي إلى تصميم برامج إرشادية فاعلة لمساعدة المرضى على المشاركة في الحياة الاجتماعية والأسرية، فقد تكون للدراسة أثر فاعل في توضيح كفاءة بعض فنيات العلاج الوجودي في البرامج التجريبية.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

البرنامج الإرشادي: "يعرف البرنامج الإرشادي بأنه "مجموعة من النشاطات والعمليات التي ينبغي القيام بها، لبلوغ هدف معين لدى أفراد المجموعة الإرشادية، ويستخدم الأخصائي النفسي أو المرشد الفنيات الإرشادية لتحقيق هذا الغرض" (Pilar & Juan, 2004: 732). ويعرف إجرائياً بأنه: خطة عمل تتضمن فنيات إرشادية محددة تم اختيارها بالاستناد إلى النظرية

الوجودية تنفذ من خلال أنشطة وطرائق محددة موزعة على مجموعة من الجلسات

الإرشادية(12) جلسة زمن كل جلسة(60) دقيقة.

الإرشاد الوجودي: "هو العلاج الذي يركز على تشجيع المسترشد الوصول إلى معنى الحياة وإدراك البدائل المتوافرة ثم الحرية في اختيار ما يناسب المواقف التي يواجهونها وتعوق تكيفهم النفسي والاجتماعي " (Corey, 1996).

سرطان الثدي: "هو نوع من أنواع السرطان الذي يعني انقسام وتكاثر غير منتظم في الأنسجة المكونة للخلايا الثديية" (فريد، 2009: 3). وتعرف مريضات سرطان الثدي إجرائياً: المريضات اللواتي شخصن بسرطان الثدي من قبل أخصائيي الأورام" أطباء متخصصون "من خلال فحوصات إكلينيكية ومخبرية، ومسجلات لدى مركز الحسين لمعالجة السرطان في مدينة عمان.

المرونة النفسية: وهي "القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية للنكبات والشدائد والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار" (Madden,2007:21). ويُعرف إجرائياً بأنها: الدرجة التي تحصل عليها المصابة بمرض سرطان الثدي على مقياس المرونة النفسية المعدّ من قبل الباحثة.

قبول الذات: يعرف بأنه "فكرة الفرد عن نفسه وتقديره لذاته بطريقة إيجابية أو سلبية، فالإنسان الذي يكون تقديره لذاته مرتفعا يستطيع أن يواجه الصعاب وتحديات الحياة، أما الإنسان الذي يميل إلى تقدير ذاته بشكل منخفض، فيشعر بالدونية ويكون عرضة للإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية الناتجة عن عدم تحقيقه لذاته" (Woolfolk, 1998 : 6). ويعرف إجرائياً

بأنه الدرجة التي تحصل عليها المريضة المصابة بمرض سرطان الثدي على مقياس قبول الذات المعدّ من الباحثة.

العلاقات الأسرية: تعرف "العلاقات الأسرية بأنها "العلاقات التي تقوم بين أدوار الزوج والزوجة والأبناء ويقصد بها طبيعة الاتصالات والتفاعلات التي تقع بين أعضاء الأسرة الذين يقيمون في منزل واحد كالعلاقة التي تقع بين الزوج والزوجة وبين الأبناء أنفسهم". (Williams, Stacey & Wahlstrom, 2005: 6) وتعرف إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها المريضة المصابة بمرض سرطان الثدي على مقياس العلاقات الأسرية المعدّ من الباحثة.

محددات الدراسة

تتحدد الدراسه الحاليه بالمحددات الآتيه:

- المجتمع والعينة: وهذا من شأنه أن يحد من إمكانية تعميم النتائج إلا على عينات ومجتمعات مماثلة ومشابهة في الخصائص والعينة وهنا المصابات بسرطان الثدي اللواتي راجعن مركز الحسين في عمان في الفتره مابين العامين 2013/2012 .
- تتحدد نتائج الدراسة بأدوات الدراسة هي: البرنامج الإرشادي، ومقياس المرونة النفسية، ومقياس قبول الذات، والعلاقات الأسرية، وهي من إعداد الباحثة، لذلك فإن تعميم نتائج الدراسة يتحدد بمدى، استجابة أفراد العينة على فقرات المقاييس والتفاعل مع البرنامج الإرشادي.
- تتحدد نتائج الدراسة في ضوء المفاهيم والمصطلحات المستخدمة فيها .

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

نظراً لأهمية إرشاد المرضى الذين يعانون من السرطان بشكل عام ومريضات سرطان الثدي بشكل خاص، الذي يؤثر على صحتهن النفسية وتقبلهن لذاتهن وعلاقاتهن الأسرية؛ قامت الباحثة بالاطلاع على الأدب النظري وعلى ما تم إنجازه في هذا المجال بشكل عام. وتالياً عرض لأهم الدراسات السابقة التي أجريت حول هذا الموضوع ضمن محورين اثنين وبحسب تسلسلهما التاريخي من الأقدم إلى الأحدث.

المحور الأول: الدراسات المتعلقة بالمرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى المصابات بسرطان الثدي

أجرى زومري وشيبيل (Zomre & Shepel, 2000) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى التعرف إلى الاثار الاجتماعية أو العاطفية لدى مجموعة من المريضات بسرطان الثدي، شملت العينة (78) سيدة تراوحت أعمارهن بين(29 سنة و69 سنة) أجريت لهن عمليات استئصال الثدي. وقد تم استخدام منهجية نوعية قامت على المقابلات الفردية للحصول على المعلومات اللازمة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر ما يقلق هذه الفئة هو عدم القدرة على المشاركة في نشاطات جسدية واحتمالية الإصابة بالسرطان مرة أخرى، والغضب أو القلق كونهن لم يتلقين الرعاية الطبية الفضلى، كما بينت النتائج أن استئصال الثدي وتلقي العلاج لا يعني عدم وجود قلق أو هواجس لدى هؤلاء المريضات، حيث أظهرت الدراسة على الرغم من مرور سنوات عديدة إلا أن المريضات مازلن في قلق واضح تجاه ثلاثة عناصر هي: المشكلات الأسرية والخوف من الموت ورفض الذات.

وقام كل من بيزاين ونوربيرج وسافيمان (Bezein, Norberg & Saveman, 2001) بدراسة هدفت إلى الكشف عن أثر الإصابة بمرض سرطان الثدي على تقبل الذات ومعنى الحياة لدى عينة من النساء الأمريكيات في مدينة لوس انجلوس. ولتحقيق هدف الدراسة تم اختيار عينة عشوائية مكونة من (11) سيدة راجعن مركز التأهيل الخاص في المدينة. حيث قام أفراد العينة بتعبئة نماذج تتضمن المعلومات الديمغرافية التالية: العمر، تاريخ الإصابة، نوعية العلاج، الأسرة. ومن ثمَ أجريت مقابلات مع السيدات بشكل فردي تبين من خلالها أن البرامج الإرشادية المرافقة للعلاج يمكن لها أن تزيد من حالات الأمل في الشفاء لدى المريضات، وتحسن من قدرتهن على تقبل الحياة والموت. كما بينت نتائج الدراسة أن الأمل يمثل ركيزة أساسية لمعنى الحياة لدى المريضات خاصة إذا رافقه دعم من الأسرة.

أما ويليامسون (Williamson, 2002) فقد أجرى دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت للكشف عن أثر العلاقات الأسرية والمساندة الاجتماعية في تمكين المصابات بسرطان الثدي من مواجهة مرضهن. تكونت عينة الدراسة من (191) سيدة مصابة بسرطان الثدي، ويتعالجن في مركز ديترويت التخصصي. وقد تم استخدام أسلوب المقابلة الجماعية والفردية للتعرف على آراء المريضات وأفراد الأسرة (زوج، ابن، ابنة، أخت، أم). بينت نتائج الدراسة وجود اختلاف في أنواع ومصادر المساندة الاجتماعية باختلاف مدة المرض، حيث تقل مع ازدياد فترة المرض، في حين ظهر وجود تماسك أسري وعلاقات ايجابية لدى 50% من المريضات المتزوجات و(80%) من اللواتي يقمن مع أفراد العائلة. وبينت الدراسة أن تعاون الأسر وتفهم أفراد الأسرة لحالة المريضة لها دور كبير في مواجهة المرض وتحقيق التوافق والتعايش معه.

كذلك قام كل من لوفر وليفنثال واسترلنج ونيرينز (Lover, Leventhal, Easterling & Nerenz, 2002) بدراسة في المملكة المتحدة هدفت للكشف عن الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي، والضغوط النفسية لدى مريضات سرطان الثدي، شملت العينة (238) سيدة مريضة بسرطان الثدي. ولتحقيق هدف الدراسة تمت مقابلة أفراد عينة الدراسة (5) مقابلات خلال الجرعات الستة الأولى للعلاج، حيث ظهرت الأعراض التالية :غثيان، تساقط الشعر، وإرهاق على أكثر من (80%) عند الجرعة السادسة و(46%) من المريضات بدأن يفكرن بالتوقف عن العلاج بسبب الاكتئاب وعدم تقبل صورة الجسد، ولكن عدداً قليلاً منهن أبلغ الطاقم الطبي بذلك. ويلاحظ أن العلاج الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على الوضع الجسدي للمرأة، وبالتالي يؤثر نفسياً واجتماعياً عليها وعلى أسرتها مما يستدعي وجود برامج إرشادية تقدم من قبل مختصين.

أما مارسيتا (Maraseta, 2004) فقد أجرت دراسة في كندا هدفت إلى قياس مستوى القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي اللواتي يتلقين علاجاً إشعاعياً. وتكونت عينة الدراسة من (133) سيدة مريضة بسرطان الثدي تم تحويلهن لتلقي العلاج الإشعاعي بعد العلاج الجراحي. واستخدم مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب (HAD). وأشارت النتائج أن (18) مريضة أظهرن درجة تشير إلى قلق مرضٍ، يمثلن ما نسبته (14%) من أفراد العينة، وهن الأطول مرضاً بين باقي أفراد العينة. كما بينت نتائج الدراسة وجود اكتئاب واضح لدى مريضتين بسبب الاستئصال. أظهرت الدراسة أيضاً أن كلاً من القلق والاكتئاب يزدادان لدى المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتم معالجتهن بالعلاج الإشعاعي وذلك بعد العلاج الجراحي.

من جانب آخر قام ستيجنجا (Steginga, 2006) بإجراء دراسة في استراليا هدفت إلى التعرف على الصعوبات النفسية والأسرية التي تواجه المصابات بسرطان الثدي في استراليا بعد المعالجة الأولية، وتم إرسال استبانه الدراسة عن طريق البريد إلى عينة مكونة من (245) مريضة بسرطان الثدي بعد أربعة أشهر من إجراء العملية. أشارت نتائج الدراسة أن الخوف من عودة المرض هو أعلى المخاوف لدى المصابات فهو يؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية بشكل عام والمرونة النفسية بشكل خاص؛ إذ أن المرض الذي تعاني منه المصابات يرتبط بالوظيفة العاطفية ويؤدي إلى ضعفها على المدى الطويل، كما ظهر أن الحالة الجسدية ذات تأثير كبير على جودة الحياة والتوافق النفسي حيث تبين أن الاكتئاب النفسي يؤدي إلى تعطيل النشاط الجنسي والرغبة الجنسية، وأن التوافق الجنسي له علاقة بالمرض النفسي ويؤثر بشكل سلبي على جودة الحياة. وبينت الدراسة أن المريضات يعانين بعد إجراء عملية الاستئصال التام للثدي من الاضطرابات النفسية والمشاكل المتعلقة بصورة الجسد والعلاقات الاجتماعية مع الزوج والأطفال، كما برزت الحاجة للإرشاد النفسي للمصابة وأفراد أسرتها.

وسعت دراسة عبد الخالق والنيال (2007) في جمهورية مصر العربية إلى فحص الفروق في معنى الحياة وحب الحياة لدى ثلاث عينات مختلفة من المصابات بسرطان الثدي وسرطان الغدد وسرطان المخ، بالإضافة لعينة سوية. واختيرت عينة قصدية متاحة من(120) مريضة، ثلاثين في كل تشخيص، بالإضافة إلى عينة من (30) سيدة سوية. وبعد تطبيق مقياس حب الحياة ومقياس معنى الحياة للراشدين والذي يشتمل على ثلاثة مقابيس فرعية هي : إدراك معنى الحياة والتوجه نحو الحياة ونوعية الحياة، أشارت نتائج الدراسة إلى أن أعلى المتوسطات على المقياسين كانت لدى عينة السويات، فضلا عن وجود فروق بين عينات المرضى تعزى لكل من متغيرات تماسك الأسرة، ومرونة المريضة وقوتها في مواجهة المرض. وكانت النتائج

لصالح مريضات السرطان في بعدي إدراك معنى الحياة والتوجه نحو الحياة ولصالح مريضات غدد السرطان في البعد الثالث.

كذلك قام الحجار وأبو اسحق (2007) بدراسة مستوى التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى. تكونت عينة الدراسة من (60) مريضة مصابة بسرطان الثدي. ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان بتطبيق اختبارين، الأول : لقياس التوافق، والثاني لقياس الالتزام الديني. وقد توصل الباحثان إلى النتائج التالية :أن مريضات سرطان الثدي يعانين من آثار أعراض ومضاعفات سرطان الثدي على التوافق وخاصة في البعد الجسمي والنفسي والاجتماعي والانسجامي، ثم الأسري على التوالي حيث بلغ الوزن النسبي للتوافق الكلي (22.75%). وأن مريضات سرطان الثدي يرتفع لديهن الالتزام الديني بوزن نسبي (22.88%). كما أشارت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة تعزى لكل من متغير العمر ودخل الأسره باستثناء البعد الجسمي والنفسي وذلك لصالح ذوي الدخل المرتفع. كما بينت النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق تعزى لمتغير المستوى التعليمي باستثناء البعد الجسمي والنفسي وذلك لصالح الحاصلات على تعليم عالٍ. وتوجد علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية بين مستوى التوافق الكلي والالتزام الديني لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة باستثناء البعد الجسمي.

في حين أجرى باجونا وفاجيا وهاتزيديمترو وافجنينا (Pagona, Vagia, Hatzidimitriou & Ifgeneia, 2007) دراسة في اليونان هدفت إلى الكشف عن أنماط التأقلم والمرونة النفسية والاكتئاب لدى عينة من السيدات المصابات بسرطان الثدي تم مقابلتهن، بعد ثلاثة أيام من الجراحة، وبعد مرور ثلاثة أشهر أخرى. تم إجراء مقابلات فردية معمقة مع

(11) سيدة، حيث قمن بتعبئة المعلومات الديمغرافية خطياً وأجبن على الأسئلة شفوياً. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط سلبية بين قبول الذات وروح المرح من جهة وبين الاكتئاب لدى المريضات من جهة طوال الفترتين الزمنيتين. وقد تبين أن إنكار الذات والانفعال العاطفي السلبي كان سمة مشتركة لدى المريضات بعد ثلاثة أشهر من الجراحة، مما يعني أن المريضات يرفضن ذاتهن بعد عمليات الاستئصال. كما أظهرت الدراسة ضعف مهارات التأقلم لديهن بسبب عدم وضوح وفاعلية البرامج الإرشادية التي تقدم لهن بعد إنهاء فترة العلاج.

أما محمود (2009) فقد أجرى دراسة في جمهورية مصر العربية هدفت إلى الكشف عن أثر الدعم الأسري وعلاقته بالضغط النفسي والقلق لدى مريضات السرطان. تكونت عينة الدراسة من (64) مريضة بسرطان الثدي من المقيمات والمترددات على المعهد القومي للأورام، وتم تقسيم أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين وفقاً لمتغيرات الدراسة السن (ن=32)، والتعليم (ن=32). وتراوحت أعمار المريضات بين (35- 61 سنة). ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق مقياس الدعم الأسري، ومقياس الضغوط النفسية ومقياس تيلور للقلق. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري للمريضات الأكبر سناً وعدم وجود فروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي. وبينت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الضغوط النفسية لدى المريضات تعزى لكل من العمر والمستوى التعليمي ولصالح الأكبر سناً والأقل تعليماً. وبينت الدراسة أيضاً أن برامج العلاج الكيماوي والجراحي يجب أن تترافق مع برامج إرشادية لتخفيف القلق وتحسين الحالة النفسية للمريضة وتمكين الأسرة من دعمها أثناء رحلة العلاج.

وقام كل من موركزك وجروتشانز وكوسزمار وكاركوفيتش (Mroczek, Grochans, Kuszmar & Karakiewicz, 2012) بدراسة هدفت إلى الكشف عن تصورات المصابات

بسرطان الثدي لأنفسهن وتقبلهن لذاتهن في بولندا. تكونت عينة الدراسة من (103) سيدة خضعن لنوعي العلاج الكيماوي والجراحي في مركز السرطان الوطني البولندي. ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق مقياس قبول الذات وقائمة بيك للاكتئاب. بينت نتائج الدراسة أن (52%) من السيدات بدأن رحلة العلاج من عام 2002 وخضعن لعمليات جراحية عام 2008، وأن (71%) منهن يتقبلن ذاتهن ويعتقدن أنهن جميلات، ومرغوبات جنسياً. وبينت النتائج أن الاكتئاب يرتبط بشكل خاص برفض الآخرين (الزوج، الأسرة) لهن في المقام الأول، ويرتبط ثانياً بمعاناتهن النفسية ورفضهن لذاتهن بعد استئصال جزء من أجسادهن.

وأجرى سفيتينا وناستران (Svetina & Nastran, 2012) دراسه في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت التعرف إلى جوانب العلاقات الأسرية مثل المرونة والتماسك والتواصل والرضا عن الحياة لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (190) امرأة مصابة بسرطان الثدي بمعدل عمري تراوح بين (31- 38) سنة، وتضمن عدداً من المستويات التعليمية المختلفة. ولتحقيق هدف الدراسة تم التعرف إلى تاريخ الحالة المرضية للسيدة وتطبيق مقياس العلاقات الأسرية الذي طوره أولسون ورفاقه (2006) وهو مقياس مكون من (42) فقرة موزعة على بعدي التماسك العائلي والمرونة. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط سلبية بين المتغيرات الديمغرافية للمرأة وبين التأقلم مع الحياة المرضية، كما بينت الدراسة أن التماسك الأسري الإيجابي والمرونة الأسرية تدعم تأقلم المرأة وتحسن من حالتها النفسية إذا ما تم توجيهها بطريقة صحيحة.

المحور الثاني: الدراسات المتعلقة بفاعلية برنامج مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى المصابات بسرطان الثدي.

أجرى إيل ونيشيموتو ومورافي (Ell, Nishimoto & Moravy, 2001) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت الكشف عن أثر برنامج إرشادي قائم على الحوار مع الأصدقاء، والتثقيف وتبادل الخبرات في تحقيق التوافق النفسي لدى مريضات السرطان. تكونت عينة الدراسة من (321) امرأة مصابة بمرض السرطان بدرجات مختلفة في مدينة نيويورك. تم تقسيم أفراد العينة إلى اربع: المجموعة الضابطة (81) امرأة، ومجموعة التثقيف (80) امرأة، ومجموعة الحوار مع الصديقات وتبادل الخبرات (80) امرأة، ومجموعة التثقيف والحوار وتبادل الخبرات(80) امرأة. وقد خضعت المجموعات التجريبية إلى برنامج إرشادي استمر لمدة تسعة أسابيع، ثم تم تطبيق مقياس التوافق النفسي واختيار (4) نساء من كل مجموعة تجريبية وإجراء مقابلات معمقة معهن. أشارت نتائج الدراسة وجود أثر إيجابي دال للإرشاد بالمناقشة على الحالة النفسية والتوافق النفسي للمريضات واستمرار هذا الأثر بعد ستة شهور من التداخل العلاجي، ولم تظهر نفس الفعالية لدى مجموعة الحوار مع الصديقات. وبينت نتائج الدراسة أن الجمع بين التثقيف والحوار في البرنامج الإرشادي يحسن من الحالة النفسية والتوافق لدى المريضة ويقوي من روابطها الاجتماعية.

من جانب آخر قام ستانتون (Stanton, 2002) بدراسة في المملكة المتحدة هدفت إلى معرفة تأثير برنامج إرشادي وجودي قائم على التعبير عن العواطف بوساطة الكتابة والبحث عن المساعدة للتغلب على الأعراض المؤثرة ومقارنتها مع المجموعة الضابطة للمصابات بسرطان الثدي المبكر، وتأثير ذلك على التوافق النفسي والجسمي للمريض، وتطبيق مقياس

تجنب القلق على مريضات سرطان الثدي، واشتركت في الدراسة (92) امرأة، وكانت النتيجة أن التعبير الوافي عن المشاعر يجعل المصابات يحصلن على صورة إيجابية للذات، وبالتالي توافق أفضل مع المرض، كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن إطالة فترة التعبير عن العواطف والمشاعر قد يضر ويسبب سوء التوافق؛ لأن الإصرار في التعبير عن العواطف ربما يسبب التفكير العقلي المستمر والتفكير السلبي حول المشاعر والأحاسيس ثم يؤدي إلى زيادة التعب والتوتر، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المصابة بسرطان الثدي إذا عبرت وصرحت عن مشاعرها تحتاج إلى فترة قصيرة من العناية الطبية بالمقارنة مع اللواتي لا يُعَبرنَّ ويكبتنَ مشاعرهن، وأن التوافق النفسي كان أفضل لصالح المجموعة التجريبية، وأن المرأة الأصغر عمراً تشعر بالضغط النفسي أكثر من المرأة المتقدمة في السن .

وهدفت دراسة هيراي وهوسبيكي (Hirai & Hospice, 2003) التي أجريت في اليابان إلى الكشف عن فعالية العلاج الوجودي في تخفيض القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي من وجهة نظر المعالجين والمختصين اليابانيين. تكونت عينة الدراسة من (701) مختصاً نفسياً يابانياً، منهم (118) مختصاً نفسياً و(372) ممرضاً وممرضة متخصصين و(211) مرشدا ومرشدة، منهم (170) من الذكور والباقي من الإناث، وقد استجاب (256) سيدة من أفراد عينة الدراسة على استبانة مكونة من (25) فقرة تحتوي على مختلف أبعاد العلاج الوجودي. أشارت نتائج الدراسة أن أكثر طرق العلاج الوجودي فعالية هي: أسلوب التعبير والدعم والتعزيز النفسي وتوفير بيئة مريحة للمريضة والعلاج القائم على التشكيك بالقلق والعلاج القائم على المعنى وعلاج مواجهة المرض وحب الحياة. وبين أفراد عينة الدراسة أن العلاج الوجودي يثبت فعالية كبيرة في تخفيض مستوى القلق وزيادة مستوى الصحة النفسية للمريضة والحد من شعور الاعتماد على الآخرين وتعزيز صورة الذات.

في حين أجرى جانز (Ganz, 2004) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية للكشف عن أثر العلاج المبني على المعنى وتقبل الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي اللواتي أكملن العلاج ، تكونت عينة الدراسة من (111) مريضة ممن أجرين عملية جراحية، وممن أكملن علاجهـن الكيميائي أو الهرموني أو كليهما، وبعد الخضوع لبرنامج إرشادي قائم على المعنى وتقبل الحياة لمدة (4) أسابيع تم تطبيق مقياس جودة الحياة ومقياس الاكتئاب وطرح أسئلة مباشـرة حـول جدوى العلاج الإرشادي، أشارت نتائج الدراسة أن حالة الراحة والسعادة النفسية تتـشابه لـدى جميع النساء مع زيادة قليلة في الاكتئاب، وأنهن غير سعيدات بسبب مظهرهن، وأنهن يعانين من هبات الحرارة والحكة والألم والنسيان الشديد وآلام المفاصل وتصلب العضلات، وبينت النتـائج أيضاً أن النساء اللواتي أكملن العلاج الإرشادي تقبلن مرضهن واقبلن على الحياة بمنظور متفائل خفف من حدة اكتئابهن وساعدهن على التعامل مع المرض في فترة النقاهة، كما أنه ساعد فـي التخفيف من المشاكل النفسية أكثر من المشاكل الجسمية.

من جانب آخر قام متشل (Mitchell, 2008) بدراسة في لوس انجلوس بالولايات المتحدة الأمريكية هدفت لمعرفه أثر العلاج القائم على المعنى في خفيض التوتر لدى المصابات بمرض السرطان. تكونت عينة الدراسة من (46) سيدة في المرحلة الثانية من سرطان الثدي ويتعالجن في مركز ميتاستك للسرطان في لوس انجلوس، وقد تم تقسيم السيدات بالتساوي إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، تلقت التجريبية علاجاً إرشادياً قائماً على المعنى لمدة أربعة أسابيع، ثم تم إجراء مقابلات مع جميع السيدات في المجموعة التجريبية وتطبيق مقياس جودة الحياة على المجموعتين. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية تعزى لأثر العلاج القائم على المعنى حيث انخفضت حدة التوتر لديهن وازداد مستوى تقديرهن لقيمة الحياة ولأنفسهن أكثر من أفراد المجموعة الضابطة.

وهدفت دراسة شن وزملائه (Shin et al., 2009) التي أجريت في كوريا إلى الكشف عن أثر العلاج الإرشادي الوجودي في تحسين الصحة النفسية، وجودة الحياة لدى عينة من الناجيات من مرض السرطان مقارنة بعينة عامة. تكونت عينة الدراسة من (500) سيدة، نصفهن مصابات بالمرض والنصف الآخر منهن من شفيت ومنهن في طريقها للشفاء. ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق المقياس الأوروبي المكون من (30) فقرة لقياس السرطان ومقياس جودة الحياة المكون من (30) فقرة وهو مقياس قائم على النظرية الوجودية، وبينت نتائج الدراسة أن العلاج الوجودي يعطي معنى لحياة المريض ويساعده على التأقلم، كما بينت نتائج الدراسة أن المريضات اللواتي يعانين من المرض لفترة طويلة أكثر تأثراً بالعلاج وأن المريضات اللواتي نجين من المرض فشكلن نسبة 45% لأثر البرنامج المطبق عليهن.

كما أجرى فيروس ولان وكياروتشي وبلاكليدج (Feros, Lane, Ciarrochi & Blackledge, 2011) دراسة في استراليا هدفت للكشف عن أثر برنامج إرشادي قائم على القبول والالتزام في تحسين نوعية الحياة وقبول الذات لدى مريضات سرطان الثدي. تكونت عينة الدراسة من (45) مريضة بسرطان الثدي يراجعن مركز الأورام السرطانية في مستشفى وولونجونج الاسترالي حيث تتراوح أعمارهن بين (25-77) سنة، ويخضعن لبرنامج علاجي قائم على مهارات القبول والالتزام لمدة شهرين. وبعد انتهاء البرنامج تم تطبيق مقاييس ذاتية شملت مقياس التوتر ومقياس تشتت المزاج ومقياس نوعية الحياة. أظهرت النتائج وجود أثر إيجابي دال للبرنامج في تحسين نوعية حياة المريضة وقبولها لحالتها، كما بينت نتائج الدراسة تحسن المرونة النفسية لدى المريضات وخصوصاً الأكبر سناً مما يبين فاعلية البرامج الإرشادية في هذا المجال.

وأخيراً قام كلاسن وآخرون(Classen et al.,2011) بدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت للكشف عن أثر برنامج إرشادي مستند إلى دعم التعبير عن الذات ومعنى الحياة لدى مريضات السرطان من عرقيات مختلفة. تكونت عينة الدراسة من (153) سيدة شخصن خلال سنة بأنهن يعانين من سرطان الثدي. وقسمت السيدات إلى مجموعتين ضابطتين بواقع (53) سيدة تجريبية بواقع (100) سيدة، تلقت المجموعة التجريبية برنامجاً إرشادياً لمدة اثني عشر أسبوعاً في مركزين متخصصين، وبعد انتهاء التجربة تم تطبيق مقياس خاص أعده فريق البحث، حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر دال للبرنامج من مرحلة الأساس وحتى نهاية البرنامج في تخفيض قلق واكتئاب سيدات المجموعة التجريبية وفي زيادة تقبل أنفسهن. كما بينت نتائج الدراسة عدم وجود أثر دال للبرنامج في إخفاء حقيقة الإصابة وصعوبة العلاج، حيث بقيت أفكار السيدات كما هي بعد انتهاء العلاج.

التعقيب على الدراسات السابقة

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة تبين للباحثة وجود أثر سلبي لمرض السرطان على الصحة النفسية، وتقبل الذات مثل دراسة (Bezein, Norberg & Saveman, 2001) وعلى علاقات المريضة الأسرية مثل دراسة (Zomre & Shepel, 2000) وهذا ما ظهر أيضاً من خلال دراسات مثل (Steginga, 2006)، (الحجار وأبو اسحق، 2010) وقد بينت معظم الدراسات أهمية إرشاد مريضات السرطان لتحسين صحتهن النفسية وتقبلهن لذواتهن، وضرورة إرشاد أسرهن لتحسين العلاقات الأسرية، وقد ظهر ذلك من خلال دراسات (Ell, Nishimoto & Moravy, 2001)، ودراسة (محمود، 2009) وغيرها. وتتفق الدراسة الحالية مع هذه الدراسات باستقصاءها فاعلية البرامج الإرشادية في تحسين الجوانب الصحية والنفسية

والاجتماعية لدى المرأة التي تعاني من مرض السرطان، إذ بينت الدراسات أهمية العلاج الوجودي في تحسين الحالة النفسية للمرضى.

ويلاحظ من خلال الدراسات السابقة أنها تناولت مواضيع نفسية واجتماعية متفرقة؛ فعلى سبيل المثال تناولت بعض الدراسات التوافق النفسي والصحة النفسية مثل دراسة (Bezein, Norberg & Saveman, 2001) ودراسة (Feros, Lane, Ciarrochi & Blackledge, 2011) ضمن متغيرات العمر والمستوى التعليمي. وتتميز الدراسة الحالية عن هذه الدراسات في أنها تشمل عدداً من المتغيرات مثل: المرونة النفسية، وقبول الذات، والعلاقات الأسرية، وهو في ظن الباحثه ما لم تقم به الدراسات السابقة وخصوصاً في ظل ندرة الدراسات العربية والأردنية – بحدود اطلاع الباحثة– حول الموضوع.

وأخيراً أفادت الباحثة من الدراسات السابقة في إثراء الإطار النظري للدراسة الحالية والتعرف إلى مقاييسها ومنهجياتها في تطوير أدوات الدراسة الحالية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل عرضاً لطريقة إجراء الدراسة وعينتها وأدواتها وطريقة بناء البرنامج الإرشادي، كما يتضمن عرضاً للمعالجات الإحصائية التي استخدمت للوصول إلى نتائج الدراسة.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن خلال عامي (2012-2013) وعددهن(3180) مريضة (مركز الحسين للسرطان ,2012).

عينة الدراسة

تم اختيار (159) مريضة بطريقه عشوائية بسيطة باستخدام جداول الأرقام العشوائية، وقد تم استبعاد (59) مريضة بسبب عدم تمكن الباحثة من مقابلتهن، وبقي (100) مريضة تم مقابلتهن وتوزيع أدوات الدراسة عليهن، وفي ضوء استجاباتهن، تم اختيار عينة قصدية مكونة من (40) مريضة ممن حصلن على درجات متدنية على المقاييس الثلاثة، ثم تم استبعاد (16) مريضة بسبب الوفاة والسفر من أجل العلاج، لتصبح عينة الدراسة النهائية (24) مريضة، منهن (12) مريضة كعينة تجريبية و(12) مريضة كعينة ضابطة. ويبين الجدول رقم (1) توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب متغيراتها.

جدول(1)

التكرارات والنسب المئوية لخصائص العينة الضابطة من حيث مدة المرض، العمر، المؤهل

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة %
مدة المرض	أقل من خمس سنوات	6	%50
	أكثر من خمس سنوات	6	%50
	المجموع	12	%100
العمر	40 سنة فأقل	7	%58
	أكثر من 40 سنة	5	%42
	المجموع	12	%100
المؤهل	أقل من ثانوي	7	%58
	أعلى من ثانوي	5	%42
	المجموع	12	%100

جدول(2)

التكرارات والنسب المئوية لخصائص العينة التجريبية من حيث مدة المرض، العمر، المؤهل

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة %
مدة المرض	أقل من خمس سنوات	7	%58
	أكثر من خمس سنوات	5	%42
	المجموع	12	%100
العمر	40 سنة فأقل	5	%42
	أكثر من 40 سنة	7	%58
	المجموع	12	%100
المؤهل	أقل من ثانوي	6	%50
	أعلى من ثانوي	6	%50
	المجموع	12	%100

أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الأدوات الآتية: مقياس قبول الذات، ومقياس العلاقات الأسرية، ومقياس المرونة النفسية، وبرنامج إرشادي جمعي، مستند إلى النظرية الوجودية للنساء المصابات بسرطان الثدي. وفيما يلي عرض لهذه الأدوات:

أولاً: مقياس قبول الذات

بهدف الكشف عن مستوى قبول الذات لدى أفراد عينة الدراسة تم بناء مقياس لقياس قبول الذات، وذلك بالاستناد إلى مجموعه من الدراسات والمقاييس ذات الصله وهي دراسة بيرجر (Berger,1981)، ودراسة بيزاين ونوربيرج وسافيمان (Bezein, norberg & saveman, 2001) ودراسة موركزك وجروتشانز وكوسزمار وكاركوفيت (Mroczek, Grochans, Kuszmar & Karakiewicz, 2012) وقد تكون المقياس بصورته الأولية من (11) فقره، تمت الاستجابة عليه وفق تدريج ليكرت الخماسي ملحق رقم (أ).

صدق وثبات مقياس قبول الذات

الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على مجموعه من المحكمين المختصين من ذوي الخبرة والكفاءة والبالغ عددهم (10) محكمين، بهدف ابداء الرأي والتأكد من صحة وشمولية الفقرات وسلامتها اللغوية وانتمائها، وإضافة أية ملاحظات من شأنها تعديل المقياس بشكل أفضل. وفي ضوء أراء المحكمين تم إضافة لبعض الفقرات وإعادة الصياغة لبعض الفقرات مثل الفقرة (أحس بأنني غريبة عن الآخرين وأريد أن أحس بالطمأنينة وبأنني لست

مختلفة عن الآخرين). وبالتالي تكوّن المقياس بصورته النهائية من (12) فقرة كما هو موضح في ملحق (د) .

مؤشرات صدق البناء

بهدف التحقق من صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (20) مريضة من خارج عينة الدراسة، وحسب معامل الارتباط المصحح بين الفقرة والدرجة الكلية للمقياس، وللحكم على سلامة صدق البناء تم الاعتماد على ما أشار إليه قيوثك (Guthke, 1990)، الذي يشير إلى رفض الفقرة إذا ما كان معامل الارتباط أقل من (0.30)، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (0.38-0.89) وكانت جميعها ضمن المدى المقبول، والجدول (3) يبين ذلك.

جدول(3)

معاملات الارتباط المصحح بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس قبول الذات

رقم الفقرة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
معامل الارتباط المصحح مع الأداة	.62	.38	.58	.52	.64	.44	.66	.81	.89	.70	.81	.65

ثبات مقياس قبول الذات

قامت الباحثة باستخراج معاملات الثبات لمقياس قبول الذات بأسلوب التطبيق وإعادة التطبيق(test_retest) على عينة مكونة من (20) مريضة من خارج عينة الدراسة بفاصل زمني مدته أسبوعان، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (0.86)، وهي قيمة مقبولة لأغراض الدراسة، وقامت الباحثة بحساب معامل الاتساق الداخلي على نفس العينة باستخدام معادلة

كرونباخ ألفا حيث بلغت قيمة الثبات المقدرة (0.85) وهي قيمة مقبولة لأغراض الدراسة (Cocker & Algina, 1986).

تصحيح المقياس

أشتمل المقياس على (12) فقرة، يُجاب عليها بتدريج خماسي يشتمل البدائل الآتية: (دائما، وتعطى عند تصحيح المقياس(5) درجات وغالباً وتعطى عند تصحيح المقياس (4) درجات أحياناً وتعطى (3) درجات نادراً وتعطى درجتين، وأبداً وتعطى درجه واحدة). وهذه الدرجات تنطبق على الفقرات الموجبة، وهى (12 ,11 ,7 ,6 ,2 ,1) في حين يعكس التدريج على الفقرات المصاغه بطريقة سلبية وهى (10 ,9 ,8 ,5 ,4 ,3) وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين (12–60)، بحيث كلما ارتفعت العلامة كان ذلك مؤشراً على زيادة مستوى قبول الذات. وقد صنفت استجابات أفراد العينة إلى خمس فئات على النحو الآتي: فئة مستوى قبول الذات المنخفض جداً، وتتمثل في الحاصلين على درجة (17) فأقل وفئة مستوى قبول الذات المنخفض وتتمثل في الحاصلين على درجه تتراوح بين (18–29) درجة، وفئة مستوى قبول الذات المتوسط وتتمثل في الحاصلين على درجة تتراوح بين (30–41) درجة، وفئة مستوى قبول الذات المرتفع، وتتمثل في الحاصلين على درجة تتراوح بين (42–53) درجة، وفئة مستوى قبول الذات المرتفع جداً، وتتمثل في الحاصلين على درجة (54) فأكثر.

ثانياً: مقياس العلاقات الأسرية

بهدف الكشف عن مستوى العلاقات الأسرية لدى أفراد عينة الدراسة تم بناء مقياس لقياس العلاقات الأسرية وذلك بالاستناد إلى مجموعة من الدراسات والمقاييس ذات الصلة وهى دراسة رشوان(2003) ودراسة عبدالخالق والنيال(2007) ودراسة محمود(2009) ودراسه

وليامسون(williamson,2002) ودراسة ستيجنجا(steginga,2006) وقد تكون المقياس بصورته الأولية من (25) فقرة، تمت الاستجابة عليه وفق تدريج ليكرت الخماسي ملحق رقم (أ).

صدق وثبات مقياس العلاقات الأسرية

الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على مجموعه من المحكمين المختصين من ذوي الخبرة والكفاءة والبالغ عددهم (10) محكمين، بهدف ابداء الرأي والتأكد من صحة وشمولية الفقرات وسلامتها اللغوية وانتمائها، ولإضافة أية ملاحظات من شأنها تعديل المقياس بشكل أفضل، وفي ضوء أراء المحكمين، تم إعادة الصياغة لبعض الفقرات مثل الفقـرة (الحياة مع عائلتي تعيسة).وحذف بعض الفقرات وبالتالي أصبح المقياس بصورته النهائية مكوناً من (24) فقرة، كما هو موضح في الملحق (د).

مؤشرات صدق البناء

للتأكد من صدق بناء المقياس تم تجريبه على عينة استطلاعية مكونة من (20) مريضة من خارج عينة الدراسة، وحسب معاملات الارتباط المصحح بين الفقرة والدرجة الكلية للمقياس، وللحكم على سلامة صدق البناء تم الاعتماد على ما أشار إليه قيوثك (Guthke, 1990) والذي يشير إلى رفض الفقرة إذا ما كان معامل الارتباط أقل من (0.30)، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (0.42-0.94) وكانت جميعها ضمن المدى المقبول والجدول (4) يبين ذلك.

الجدول (4)

معاملات الارتباط المصحح بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس العلاقات الأسرية

رقم الفقرة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
معامل الارتباط المصحح مع الأداة	.92	.86	.55	.48	.46	.83	.77	.48	.85	.92	.85	.92
رقم الفقرة	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**
معامل الارتباط المصحح مع الأداة	.92	.85	.91	.92	.86	.42	.87	.92	.91	.83	.94	.94

ثبات مقياس العلاقات الأسرية

قامت الباحثة باستخراج معاملات الثبات لمقياس العلاقات الأسرية بأسلوب التطبيق وإعادة التطبيق(test–retest)، على عينة مكونة من (20) مريضة من خارج عينة الدراسة بفاصل زمني مقداره أسبوعان، وقد بلغت قيمه معامل الثبات (0.96) وهى قيمة مقبولة لأغراض الدراسة، وقامت الباحثة باحتساب معامل الاتساق الداخلي على نفس العينة باستخدام معادلة كرونباخ الفا حيث بلغت قيمه الثبات المقدره (0.877) وهي قيمة مقبولة لأغراض الدراسة (Cocker & Algina, 1986).

تصحيح المقياس

اشتمل المقياس على (24) فقره، يُجاب عليها بتدريج خماسي يشتمل البدائل الآتية: (دائما وتعطى عند تصحيح المقياس(5) درجات وغالباً وتعطى عند تصحيح المقياس (4) درجات أحياناً وتعطى (3) درجات، نادراً وتعطى درجتين، أبداً وتعطى درجة واحدة). وهذه

الدرجات تنطبق على الفقرات الموجبة، وهى (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين (24_120)، بحيث كلما ارتفعت العلامة كان ذلك مؤشراً على زياده مستوى فاعلية العلاقات الاسرية، وقد صنفت استجابات أفراد العينة إلى خمس فئات على النحو الآتي: فئة مستوى العلاقات الأسرية المنخفض جداً، وتتمثل في الحاصلين على درجة (35) فأقل وفئة مستوى العلاقات الأسرية المنخفض وتتمثل في الحاصلين على درجه تتراوح بين (36–59) درجة، وفئة مستوى العلاقات الأسرية المتوسط وتتمثل في الحاصلين على درجة تتراوح بين (60–83) درجة، وفئة مستوى العلاقات الأسرية المرتفع، وتتمثل في الحاصلين على درجة تتراوح بين (84–107) درجة، وفئة مستوى العلاقات الأسرية المرتفع جداً، وتتمثل في الحاصلين على درجة (108) فأكثر.

ثالثاً: مقياس المرونة النفسية

بهدف الكشف عن مستوى المرونة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة تم بناء مقياس لقياس المرونة النفسية وذلك بالاستناد إلى مجموعة من الدراسات والمقاييس ذات الصلة وهى دراسة حامد(2009) ودراسة حامد (2010) ودراسة باجونا وفاجيا وهاتزيديمترو وافجنينا (Pagona, Vagia, Hatzidimitriou & Ifgeneia, 2007) ودراسة سفيتيناوناستران (svetina & nastran, 2012) ويتضمن هذا المقياس (17) فقرة حيث تم اعتماد جميع فقراته مع التعديل على صياغة الفقرات وكما هو موضح في ملـــحق (أ).

صدق وثبات مقياس المرونة النفسية

الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على مجموعه من المحكمين المختصين من ذوي الخبرة والكفاءة والبالغ عددهم (10) محكمين، بهدف ابداء الرأي والتأكد من صحة وشمولية الفقرات وسلامتها اللغوية وانتمائها وأضافة أية ملاحظات من شأنها تعديل المقياس بشكل أفضل، وفي ضوء أراء المحكمين تم إعادة الصياغة لبعض الفقرات مثل الفقرة (استطيع التكيف مع التغيرات). وبالتالي تكون المقياس بصورته النهائية من (17) فقرة، كما هو موضح في ملحق(د).

مؤشرات صدق البناء

بهدف التحقق من صدق البناء، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (20) مريضة من خارج عينة الدراسة، وحسب معاملات الارتباط المصحح بين الفقرة والدرجة الكلية للمقياس، وللحكم على سلامة صدق البناء تم الاعتماد على ما أشار إليه قيوثك (Guthke, 1990) والذي يشير إلى رفض الفقرة إذا ما كان معامل الارتباط أقل من (0.30)، وقد تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأداة ككل ما بين (0.36–0.83) وكانت جميعها ضمن المدى المقبول والجدول (5) يبين ذلك.

الجدول (5)

معاملات الارتباط المصحح بين الفقرات والدرجة الكلية لمقياس المرونة النفسية

رقم الفقرة	1	2	3	4	5	6	7	8	9
معامل الارتباط المصحح مع الأداة	.36	.51	.61	.74	.43	.53	.59	.79	.83
رقم الفقرة	10	11	12	13	14	15	16	17	
معامل الارتباط المصحح مع الأداة	.83	.48	.65	.72	.58	.52	.49	.39	

ثبات مقياس المرونة النفسية

قامت الباحثة بتقدير معاملات الثبات لمقياس المرونة النفسية بأسلوب التطبيق وإعادة التطبيق(test–retest)، على عينة مكونه من (20) مريضة من خارج عينة الدراسة بفاصل زمني مقداره أسبوعان، وقد بلغت قيمة معامل الثبات (0.85) وهي قيمة مقبولة لأغراض الدراسة، وقامت الباحثة باحتساب معامل الاتساق الداخلي على نفس عينه الثبات باستخدام معادلة كرونباخ الفا حيث بلغت قيمه الثبات المقدرة (0.94) وهي قيمة مقبولة لأغراض الدراسة (Cocker & Algina, 1986).

تصحيح المقياس

أشتمل المقياس على (17) فقرة، يُجاب عليها بتدريج خماسي يشتمل البدائل الآتية: (دائما، وتعطى عند تصحيح المقياس(5) درجات وغالباً وتعطى عند تصحيح المقياس (4)

درجات أحياناً وتعطى (3) درجات نادراً وتعطى درجتين أبداً وتعطى درجه واحدة). وهذه الدرجات تنطبق على الفقرات الموجبة، وهي (16 ,15 ,14 ,13 ,12 ,11 ,6 ,5 ,3) في حين يعكس التدريج على الفقرات المصاغه بطريقة سلبية (17 ,10 ,9 ,8 ,7 ,4 ,2 ,1) وبذلك تتراوح درجات المقياس ككل بين (17_85)، بحيث كلما ارتفعت العلامة كان ذلك مؤشراً على زياده مستوى المرونة النفسية، وقد صنفت استجابات أفراد العينة إلى خمس فئات على النحو الآتي: فئة مستوى المرونة النفسية المنخفض جداً، وتتمثل في الحاصلين على درجة (25) فأقل وفئة مستوى المرونة النفسية المنخفض وتتمثل في الحاصلين على درجه تتراوح بين (26–42) درجة، وفئة مستوى المرونة النفسية المتوسط وتتمثل في الحاصلين على درجة تتراوح بين (43–59) درجة، وفئة مستوى المرونة النفسية المرتفع، وتتمثل في الحاصلين على درجة تتراوح بين (60–76) درجة، وفئة مستوى المرونة النفسية المرتفع جداً، وتتمثل في الحاصلين على درجة (77) فأكثر.

البرنامج الإرشادي الوجودي:

تم بناء برنامج إرشادي قائم على النظرية الوجودية في الإرشاد النفسي كما هو موضح في ملحق (ب) وذلك استناداً للأدب النظري والدراسات ذات الصلة مثل دراسة بيزاين وآخرون(Benzein et al., 2001) ودراسة شن وآخرون (Shin et al., 2009) ودراسة متشيل (Mitchell, 2008) ودراسة ستانتون (Stanton, 2002) ودراسة هيراى وهوسبيكي (Hirai & hospice, 2003) ودراسة كانز (Ganz, 2004) ودراسة عبد الخالق والنيال (2007) والإطلاع على بعض البرامج الإرشادية المتعلقه بالموضوع بهدف فهم العناصر الأساسية للبرنامج، وقد تم عرض البرنامج على مجموعه من المحكمين المختصين من ذوي

الخبرة والكفاءة بلغ عددهم (10) من حملة درجة الدكتوراه في الإرشاد التربوي في الجامعة الأردنية وجامعة اليرموك وجامعة عمان العربية ومركز الحسين للسرطان للحكم على مدى ملائمة الجلسات من حيث الاهداف والمحتوى والوقت المخصص لها مع الهدف العام للبرنامج، وقد قامت الباحثة بإدخال تعديلات على البرنامج وفقاً للتعديلات المحكمين، حيث تكوّن بصورته النهائية من (12) جلسة تعقد بمعدل (3) جلسات كل أسبوع لتتلائم مع مواعيد العلاج للمريضات في مركز الحسين، حيث تستغرق الجلسة (60) دقيقة، وقد اشتملت كل جلسة على تقديم المبررات والأساس المنطقي لمحتوى الجلسة وأهدافها ومن ثم تمّ تقديم النشاطات المتعلقة بكل استراتيجية تم تطبيقها في كل جلسة، مع إعطاء واجب بيتي للسيدات بعد نهاية كل جلسة كما هو موضح في ملحق (هـ) وعلى النحو الآتي:

محتوى البرنامج

الجلسة الأولى: هدفت إلى تمهيد وتعارف بين أعضاء المجموعة المشاركة، وتحقيق درجة من الألفة بين الباحثة والمجموعة والاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات واطلاع المجموعة على الأهداف العامة للبرنامج وهي تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى المصابات بسرطان الثدي وذكر محتويات البرنامج الإرشادي بذكر عناوين الجلسات.

الجلسة الثانية: هدفت إلى التعريف بسرطان الثدي وطرق علاجه، عن طريق إعادة تكوين المعرفة بالمرض، وذكر بعض الإحصاءات، وطرق علاج سرطان الثدي، التي تتضمن الجراحة والعلاج الإشعاعي والعلاج الكيمائي والعلاج الهرموني .

الجلسة الثالثة: هدفت التدريب على الاسترخاء، وطريقة علاج القلق، وتطبيق الاسترخاء.

الجلسة الرابعة: هدفت إلى إعادة تشكيل الأفكار والفرضيات التي تؤمن المجموعة بها عن العالم (مشاكلهن، مشاعرهن، أفكارهن، معتقداتهن، والنظر في حياتهن) وأن تطور المجموعة استبصارات جديدة لإعادة تركيب الأفكار والاتجاهات، بحيث تأخذ المجموعة ما تعلمنه عن أنفسهن ومن ثم وضعه موضع التنفيذ.

الجلسة الخامسة: هدفت إعطاء معنى للحياة ومساعدة المجموعة على إيجاد معانٍ في حياتهن كالمواجهة والجرأة والشجاعة والأمل والمسؤولية، ومقاومة المجموعة للأفكار كالضياع وعدم الوجود والفراغ والملل.

الجلسة السادسة: هدفت إلى أن تتعرف المجموعة على الشبكة العلاجية، وإلى كيفية الاهتمام الاجتماعي والأسري، وعدم التردد في تكوين علاقات جديدة، وزيادة عملية التواصل بين أفراد الأسرة.

الجلسة السابعة: هدفت إلى أن تتعرف المجموعة على المواجهة والحوار السقراطي وأن تعي أن الموت والحياة متلازمان وأن الخوف من الموت يشكل حقيقة إنذار استيقاظي إيجابي يساعدنا لأن نحيا كل يوم حتى منتهاه.

الجلسة الثامنة: هدفت إلى أن تتعرف المجموعة على نموذج إيجابي وتجارب مصابات بسرطان الثدي وصراعهن مع المرض وإعطاء نظرة تفاؤلية ورؤية مستقبلية لحياة المريضات.

الجلسة التاسعة: هدفت إلى أن تتعرف المجموعة إلى طرق التكيف والسبيل نحو التعافي، وأن تحدد المجموعة كيف تبقى قوية وقادرة على القيام بوظائفها عندما تواجهها محنة شديدة، والعوامل التي تساعد على مواجهة الصعوبات وتخطيها.

الجلسة العاشرة: هدفت إلى أن تتعرف المجموعة على أهمية الحرية والمسؤولية، وأن تدرك المجموعة بأنهن مسؤولات في إدارة دفة حياتهن، ويمتلكن الحرية ليخترنَ من بين البدائل ولهذا فلهن دور كبير في تشكيل مصيرهن .

الجلسة الحادية عشرة: هدفت إلى أن تتعرف المجموعة على الجانب الروحي، وكيفيه تنمية الجانب الروحي لدى مريضات السرطان والصبر على البلاء.

الجلسة الثانية عشرة: هدفت إلى تقييم التغييرات التي طرأت على المجموعة، و أيضاً إلى تقييم المجموعة للبرنامج ومدى إفادتهن، وأن يودعن بعضهن بعضا وتودعهم المرشدة.

قيادة المجموعة التجريبية:

قامت الباحثة بتطبيق البرنامج الإرشادي الوجودي مع المجموعة التجريبية ، كما شارك في قيادة جلسات المجموعة متخصصة تحمل شهادة الطب في العلاج التلطيفي تعمل في مركز الحسين للسرطان قامت بتزويد المريضات بمعلومات مهمة عن السرطان ومراحله وبعض الإجراءات العلاجية الوقائية التلطيفية. إضافة إلى سيدة شفيت من مرض سرطان الثدي تحدثت خلال إحدى الجلسات الإرشادية حول تجربتها مع المرض، وكيف استطاعت التغلب على الأعراض المصاحبة للعلاج وعن طرق التكيف والوقاية كذلك أجابت عن أسئلة المريضات فيما يتعلق بمسيرتها المرضية .

تصميم الدراسة

قامت الباحثة باستخدام التصميم شبه التجريبي الذي يتضمن مجموعتين متكافئتين: ضابطةً وتجريبيةً وقياس قبلي وبعدي، وذلك باستقصاء فاعلية برنامج قائم على النظرية الوجودية في تحسين قبول الذات والعلاقات الأسرية والمرونة النفسية للسيدات الأردنيات المصابات بسرطان الثدي، حيث أن هذا التصميم يضمن ضبط معظم المتغيرات المتعلقة بالدراسة وتمثله الرموز الآتية:

المجموعة التجريبية: قياس قبلي – معالجة – قياس بعدي Ge:o x o

المجموعة الضابطة: قياس قبلي – لا معالجة– قياس بعدي Gc : o _ o

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل الرئيس: أسلوب المعالجة المستخدم (مجموعات الدراسة)، وله مستويان: المجموعة الأولى (الضابطة) ولم تستخدم معها الباحثة أية طريقة في المعالجة، والمجموعة الثانية التي طبق عليها البرنامج الإرشادي الجمعي المستند إلى النظرية الوجودية.

المتغيرات التابعة

تضمنت الدراسة التغير الذي حدث على درجة المريضة على مقاييس الدراسة ومتوسط الدرجات على العلامات الكلية للمقاييس (قبول الذات والعلاقات الأسرية والمرونة النفسية)

المتغيرات المستقله الثانوية

العمر وله مستويان: 40 فأقل ، وأكثر من40.

المستوى التعليمي وله مستويان: ثانوية فما دون، وأعلى من ثانوية.

مدة المرض وله مستويان: أقل من 5 سنوات، و5 سنوات فأكثر.

المعالجات الإحصائية:

- للإجابة عن السؤال الأول للدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة أفراد الدراسة على مقياس المرونة النفسية حسب متغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت" لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية.

- للإجابة عن السؤال الثاني للدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة أفراد الدراسة على مقياس قبول الذات حسب متغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت" لبيان الفروق ذات الدلالة الإحصائية.

- للإجابة عن السؤال الثالث للدراسة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة أفراد الدراسة على مقياس العلاقات الأسرية حسب متغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت.

- للإجابة عن السؤال الرابع للدراسة تم استخدام اختبار مان وتني لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط الرتب لدرجات مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية، بعد تعرض أفراد المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات العمر والمستوى التعليمي، ومدة المرض.

إجراءات الدراسة:

تضمنت إجراءات هذه الدراسة الخطوات الآتية:

- الحصول على موافقة رسمية من جامعة اليرموك على إجراء الدراسة في مركز الحسين للسرطان كما هو موضح في ملحق (ي).

- الحصول على موافقة رسميه من مركز الحسين للسرطان (مكتب الأبحاث والدراسات) لإجراء الدراسة، هذا وقد سبق أخذ الموافقة لقيام الباحثة بما يلي:

  - الحصول على شهادة الإنجاز(حماية المشاركين في الأبحاث الإنسانية) من المعهد الوطني للصحة (NIH) ورقم الشهادة للباحثة هو(1051971) ملحق (و).
  - تعبئة استمارة form B: Expedited Full Board IRB Review ملحق (ز).
  - تعبئة استمارة Conflicts Financial Of Interest isclosure Form ملحق (ح).
  - تعبئة استمارة Informed Consent for Research with Survey or Questionnaire ملحق (ط).
  - بناء البرنامج الإرشادي الجمعي الوجودي الهادف إلى تدريب المريضات المصابات بسرطان الثدي على تحسين المرونة النفسية والعلاقات الأسرية وقبول الذات.
  - تم الاجتماع مع منسقة قسم الأبحاث لتوضيح فكرة الدراسة وأهدافها وإطلاعهم على المقاييس والبرنامج الإرشادي للتأكد من مدى مناسبتها للمصابات بسرطان الثدي .
  - إعداد مقاييس الدراسة واستخراج دلالات الصدق والثبات.
  - قامت الباحثة بدراسة مسحية هدفت منها لتحديد السيدات اللواتي يعانين من تدني في قبول الذات والعلاقات الأسرية والمرونة النفسية، وذلك من خلال تطبيق المقاييس على

عينة مسحية تكونت من (100) سيدة مصابة بسرطان الثدي خضعن للدخول الجراحي في إحدى مراحل العلاج، وقد تم اعتبار السيدة التي تحصل على (30) درجة فما دون على مقياس قبول الذات و(60) فما دون على مقياس العلاقات الأسرية و(43) فما دون على مقياس المرونة النفسية هن من سيمثلن عينة الدراسة عند تطبيق البرنامج الإرشادي.

- ونظراً لصعوبة المواصلات أو بعض الظروف الصحية وحالات الوفاة والسفر تم استثناء (16) سيدة من عينة الدراسة؛ لتصبح (24) سيدة قُسمن بالتساوي إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية.

- قامت الباحثة بالاتصال بالسيدات لتحديد موعد للاجتماع حيث عقد الاجتماع بموافقة مركز الحسين للسرطان، وقامت الباحثة بتوضيح فكرة البرنامج والهدف منه، وتوقيع عقد تفويض من المشاركات بالموافقة على الاشتراك في الدراسة، وعلى التقاط صور فوتوغرافية لأغراض البحث العلمي ومتابعة البرنامج الإرشادي إلى النهاية وتم الاتفاق على مكان اللقاء بين أفراد المجموعة في مكان وزمان يناسب الجميع، على أن يكون اللقاء في مركز الحسين للسرطان قاعة (ICU)، حيث احتوى المركز على قاعة واسعة، تم تنظيم أمورها بشكل يناسب الإرشاد الجمعي، وتم توفير طاولات على شكل بيضوي، حولها مجموعة من المقاعد المتحركة، إضافة إلى توفير لوح مناسب، وجهاز حاسوب وشاشة عرض، ومجموعة من الأقلام السحرية الملونة وأوراق وكرتون بألوان عدة لاستخدامها في الأنشطة التي يتضمنها البرنامج الإرشادي.

- تم الاتفاق على أن تقوم الباحثة بإعطاء المجموعة المشاركة بالبرنامج (بدل مواصلات) وذلك تسهيلا لوصولهن إلى المركز وضماناً للالتزام بمواعيد الجلسات، وتقديم وجبة طعام.
- طبقت الباحثة البرنامج الإرشادي على سيدات المجموعة التجريبية على مدار أربعة أسابيع بواقع (3) جلسات أسبوعياً نظراً لظروف العلاج، حيث بدأت الجلسات بتاريخ 2013/3/13، وامتدت لغاية 2013/4/7، وطبق القياس القبلي على المجموعة التجريبية والضابطة بتاريخ 2013/3/10، والقياس البعدي على المجموعتين بتاريخ 2013/4/10، مدة كل جلسة ستون دقيقة.
- تم إدخال استجابات أفراد العينة على المقاييس الثلاثة إلى ذاكرة الحاسوب وتحليلها باستخدام برمجية (SPSS) ثم استخراج النتائج ومناقشتها وتقديم التوصيات ذات الصلة.

الفصل الرابع

تحليل النتائج

يتناول هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء الاسئلة التي تم طرحها والتي هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة.

تكافؤ المجموعات للقياس القبلي:

للتحقق من تكافؤ مجموعتي الدراسة على الاختبار القبلي لمقياس المرونة النفسية ومقياس قبول الذات ومقياس العلاقات الأسرية، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعاً لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت" والجدول (6) يوضح ذلك.

جدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" تبعاً لمتغيرات المجموعة على مقاييس المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقة الأسرية

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمه ت	درجات	الدلالة
المرونة	تجريبية	12	36.08	9.05	-.813	22	.425
النفسية	ضابطة	12	38.58	5.62			
قبول الذات	تجريبية	12	35.92	6.82	.978	22	.339
قبلي	ضابطة	12	33.50	5.18			
العلاقات	تجريبية	12	58.00	14.40	.199	22	.844
الأسرية	ضابطة	12	56.67	18.23			

يتبين من الجدول (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) تبعاً لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة) في مقاييس المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية، وهذه النتيجة تشير إلى تكافؤ المجموعات.

السؤال الأول : هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟

للإجابة على هذا السؤال تم وضع الفرضية الإحصائية الآتية:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الأداء على مقياس المرونة النفسية ككل لدى مريضات سرطان الثدي تعزى للمجموعة (تجريبية، ضابطة)". ولاختبار هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة أفراد الدراسة على مقياس المرونة النفسية حسب متغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول (7) يوضح ذلك.

جدول (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" بين المجموعتين التجريبية والضابطة للمرونة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمه ت	درجات	الدلالة
المرونة	تجريبية	12	58.25	6.40	3.586	22	.002*
النفسية	ضابطة	12	48.67	6.69			

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$)

يتبين من الجدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المجموعة حيث بلغت قيمة "ت" (3.586)، وبدلالة إحصائية بلغت (0.002)، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

السؤال الثاني: هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين قبول الذات لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟

للإجابة على هذا السؤال تم وضع الفرضية الإحصائية الآتية:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الأداء على مقياس قبول الذات ككل لدى مريضات سرطان الثدي تعزى للمجموعة (تجريبية، ضابطة)". ولأختبار هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة أفراد الدراسة على مقياس قبول الذات حسب متغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول (8) يوضح ذلك.

جدول (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت بين المجموعتين التجريبية والضابطة لقبول الذات بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمه	درجات	الدلالة
قبول الذات	تجريبية	12	35.08	6.14	.416	22	.682
بعدي	ضابطة	12	33.92	7.54			

يتبين من الجدول (8) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالـــة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المجموعة حيث بلغت قيمة "ت" (0.416)، وبدلالة إحصائية بلغت (0.682).

السؤال الثالث : هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين العلاقات الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟

للإجابة على هذا السؤال تم وضع الفرضية الإحصائية الآتية:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيه ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الأداء على مقياس العلاقات الأسرية ككل لدى مريضات

سرطان الثدي تعزى للمجموعة (تجريبية، ضابطة)". ولأختبار هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء عينة أفراد الدراسة على مقياس العلاقات الأسرية حسب متغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" بين المجموعتين التجريبية والضابطة للعلاقات الأسرية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمه	درجات	الدلالة
العلاقات	تجريبية	12	103.17	11.34	9.704	22	.000*
الأسرية	ضابطة	12	55.75	12.57			

*ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$)

يتبين من الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر المجموعة حيث بلغت قيمة "ت" (9.704)، وبدلالة إحصائية بلغت (0.000)، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

السؤال الرابع : هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين كل من: المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً لمتغيرات العمر، المؤهل العلمي ومدة المرض؟

للإجابة على هذا السؤال تم وضع الفرضية الإحصائية الآتية:" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات الأداء على كل من مقياس المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية تعزى لكل من: العمر، المؤهل العلمي ومدة المرض".

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان وتني يو لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط الرتب لدرجات مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات العمر والمستوى التعليمي ومدة المرض.

أولا: العمر

الجدول (10)

نتائج اختبار "مان وتني يو" لإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغير العمر

المقياس	العمر	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann -Whitney U	قيمه z المحسوبه	مستوى الدلالة
قبول الذات	40 فما دون	5	8.10	40.50	9.500	-1.325	.185
	أكثر من 40	7	5.36	37.50			
العلاقات الأسرية	40 فما دون	5	6.00	30.00	15.000	-.407	.684
	أكثر من 40	7	6.86	48.00			
المرونة النفسية	40 فما دون	5	8.70	43.50	6.500	-1.790	.074
	أكثر من 40	7	4.93	34.50			

يتضح من الجدول رقم (10) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستـوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط الرتب تعزى لمتغير العمر في مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية، بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي.

ثانيا: المؤهل العلمي

الجدول (11)

نتائج اختبار "مان وتني يو" لإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

المقياس	المؤهل	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann –Whitney U	قيمه z المحسوبه	مستوى الدلالة
قبول الذات	ثانوية فما دون	6	7.58	45.50	11.500	-1.061	.288
	أعلى من ثانوية	6	5.42	32.50			
العلاقات الأسرية	ثانوية فما دون	6	7.17	43.00	14.000	-.643	.520
	أعلى من ثانوية	6	5.83	35.00			
المرونة النفسية	ثانوية فما دون	6	8.67	52.00	5.000	-2.085	.037*
	أعلى من ثانوية	6	4.33	26.00			

*ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول رقم (11) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط الرتب تعزى لمتغير المؤهل العلمي في مستوى المرونة بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي. وجاءت الفروق لصالح ثانوية فما دون، بينما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية

($\alpha = 0.05$) في قبول الذات والعلاقات الأسرية.

ثالثا: مدة المرض

الجدول (12)

نتائج اختبار "مان وتني يو" لإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغير مدة المرض

المقياس	مده المرض	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann -Whitney U	قيمه z المحسوبه	مستوى الدلالة
قبول الذات	اقل من 5سنوات	7	5.57	39.00	11.000	-1.077	.282
	5 سنوات فأكثر	5	7.80	39.00			
العلاقات الأسرية	اقل من 5سنوات	7	5.93	41.51	13.500	-.652	.514
	5 سنوات فأكثر	5	7.30	36.50			
المرونة النفسية	اقل من 5سنوات	7	5.14	36.00	8.000	-1.546	.122
	5 سنوات فأكثر	5	8.40	42.00			

يتضح من الجدول رقم (12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط الرتب تعزى لمتغير مدة المرض في مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت لها الدراسة في ضوء ما طرح من أسئلة تتعلق بمشكلتها، بالإضافة إلى التوصيات في ضوء النتائج.

أولاً: مناقشه النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: " **هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟**

أشارت النتائج إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية للمجموعة التجريبية، حيث تبين أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت قيمة ت (3.586) وبدلالة إحصائية بلغت (0.002) مقارنة مع المجموعة الضابطة، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن تطبيق البرنامج الإرشادي كان لهُ دور في تغيير وتحسين المرونة النفسية لدى أفراد العينة التجريبية، حيث احتوى البرنامج على عدد من الجلسات الإرشادية التي كان من شأنها تحسين المرونة النفسية، ومنها جلسة سرطان الثدي حيث تم استضافة طبيبة علاج تلطيفي لشرح المفاهيم المتعلقة بالسرطان، وطرق العلاج ومراحل المرض وتم الحديث عن العلاج التنفيسي والدعم العاطفي، كما زود المريضات بكتيب عن مرض السرطان من أجل قراءته والاطلاع على ما جاء به، وتم تقديم التغذية الراجعة للمريضات عن هذا الكتيب بالسماح للمريضات بلقاء الطبيبة في قسم العلاج التلطيفي لتوضيح بعض الأفكار عن المرض. وكان لجلسة التدريب على الاسترخاء، كطريقة لعلاج القلق دور كبير في تحسين المرونة النفسية،

حيث تم تطبيق الاسترخاء العضلي ومن ثم الانتقال إلى الاسترخاء الفكري وطلب من المريضات تطبيق الاسترخاء في المنزل، وقد أشارت إحدى المريضات "بأن جلسة الاسترخاء ساعدتها جداً في حياتها وخففت من مستوى القلق والتوتر والإرهاق لدرجة أصبحت تمارس الاسترخاء بشكل يومي".

أما جلسة إعطاء معنى للحياة التي ساعدت المريضات على إيجاد معانٍ جديدة في حياتهن كالأمل والصبر ومواجهة الآخرين بمرضهن، حيث لم يعدن يخفين مرضهن عن صديقاتهن أو جيرانهن كما أصبحن يتحدثن عن سرطان الثدي بكل صراحة ووضوح مع زميلاتهن المشاركات ومع الكادر الطبي الموجود داخل المركز،الى جانب ذلك كان لعروض التي قدمت لمريضات سرطان الثدي والتي تتحدث عن تجارب لأشخاص يتسمون بالقوة والإرادة مثل: فيديو قوه الإرادة، وأنت تصنع واقعك وغيرها .

كما كان للجانب الروحي دور كبير في تحسين المرونة النفسية لدى المريضات، وان التكيف والطريق نحو التعافي هو بقاء المريضات قويات وقادرات على القيام بوظائفهن عندما تواجههن محن شديدة .

اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة هيراي وهواسبيكي (Hirai & Hospice, 2003) والمتضمنة فعالية برنامج إرشادي وجودي في خفض القلق والاكتئاب لدى مريضات سرطان الثدي في اليابان، حيث أشارت نتائج الدراسة فاعلية العلاج الوجودي في أسلوب التعبير والدعم، وتوفير بيئة مريحة للمريضة.

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة بسيسو(2006) والمتضمنة بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في

الأردن، حيث أشارت الدراسة إلى فاعلية البرنامج في خفض مستوى القلق لدى عينة الدراسة وفي جميع المجالات.

كمااتفقت مع دراسة ايل ونيشيموتو وموارفي (Ell,nishimoto& Moravy,2001) التي هدفت إلى الكشف عن أثر برنامج قائم على الحوار والتثقيف في تحقيق التوافق النفسي لدى مريضات السرطان، والتي أظهرت نتائجها وجود أثر ايجابي دال للإرشاد بالمناقشة على الحالة النفسية والتوافق النفسي للمريضات، وبينت أن الجمع بين الحوار والتثقيف في البرنامج يحسن من الحالة النفسية والتوافق لدى المريضة.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: " **هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين قبول الذات لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟**

أشـــارت النتائـــج إلى عدم وجـــود فروق ذات دلاله إحصائية عند مستـــوى الدلالـــة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر البرنامج الإرشادي بين المجموعة التجريبية والضابطة حيث بلغت قيمة ت (0.416) وبدلالة إحصائية بلغت (0.682). وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المريضة المصابة بسرطان الثدي تصاب بعد فترة بانواع أخرى من السرطانات في مناطق مختلفة من الجسم ، حيث أن أول تشخيص لهن سرطان الثدي، وبعد عمليه استئصال الثدي، وتناول العلاج الكيميائي والإشعاعي قد يعاود المرض للظهور مرة أخرى في الجسم على شكل سرطان الرحم وسرطان البنكرياس، حيث دار حوار في إحدى الجلسات حول العلاج المستخدم للحد من انتشار سرطان الثدي والذي يؤدي إلى استثارة السرطان في مناطق أخرى، وهذا أدى إلى عدم وجود فروق إحصائية على مقياس قبول الذات، حيث أن المريضة تقول بأنها موشكة على الموت لا محالة، وإن لم يكن بسرطان الثدي فقد يكون بسرطان أخر، ومن خلال جلسة المواجهة في

البرنامج الإرشادي لاحظت الباحثة عند استخدامها لفنية المرآة مع المريضة عدم رغبتها في النظر إلى نفسها، وإذا نظرت تكون بنظرة جانبية غير مكتملة، وإن حدث ونظرت إلى نفسها في المرآة تبدأ بالبكاء وتقول بأنها "هذه هي النظرة الأولى منذ بداية المرض التي تطيل بها النظر إلى نفسها، بسبب خوفها من أن ترى نفسها حيث أن العلاج الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على صورة الجسد للمريضة مثل (وجود كلف، حركات غير متزنة بالعين، سقوط شعر الحاجبين وشعر الرأس، تعطيل النشاط الجنسي والرغبة الجنسية، الإرهاق والتعب والتقيؤ، والغثيان، وانقطاع الطمث)"، كما أن أفراد الأسرة وخاصة الزوج يلعب دوراً كبيراً جداً في قبول المريضة لنفسها حيث أن تقديم الدعم من قبل الزوج يكون له اثر كبير في قبول المريضة لذاتها، وقد أشارت إحدى المريضات بأنها" تأتي إلى العلاج وحدها بدون مرافق، وعند السؤال عن السبب؟ أجابت بأن زوجها يشمئز منها ولذلك فهو يتهرب دائما من الحضور معها سواء للعلاج أو حضور مناسبات اجتماعية"، وقد يكون نتيجة يأس المريضة ومعرفتها بأن الموت وشيك لا مفر منه، لذلك استسلمت المريضة للحقيقة الموت وأصبحت تنتظر ساعة الأجل. هذا الى جانب عدم كفايه الجلسات المتعلقه بتحسين قبول الذات في البرنامج الارشادي لذلك لم يظهر في نتائج الدراسة تحسن في قبول الذات لدى مريضات السرطان.

اتفقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع، مثل دراسة زومر وسيبيل (Zomre&Shepel, 2000) التي هدفت إلى التعرف على بعض النتائج سواء الاجتماعية أو العاطفية لدى مجموعة من مريضات سرطان الثدي، وبالتالي استئصال الثدي، وكشفت نتائجها انه وعلى الرغم من مرور أشهر عديدة قد تبلغ سنوات إلا أن المريضة ما زالت في قلق واضح تجاه ثلاث عناصر هي المشكلات الأسرية والخوف من الموت ورفض الذات .

وتتفق مع نتائج دراسة موركزك وجروتشانز وكوسزمار وكاركوفيث ,Mroczek)
Grochans, Kuzmar& Karakiewicz,2012) التي هدفت إلى الكشف عن تصورات المصابات بسرطان الثدي لأنفسهن وتقبلهن لذاتهن في بولندا، وبينت النتائج أن الاكتئاب يرتبط بشكل خاص برفض الآخرين(الزوج، الأسرة)، لهن في المقام الأول، ويرتبط ثانياً بمعاناتهن النفسية ورفضهن لذواتهن بعد استئصال جزء من أجسادهن.

كما اتفقت نتائج الدراسه مع دراسة لوفر وليفنثال واسترلنج ونيرنز ,lover, leventhal)
.Easterling & Nerenz, 2002)

في حين اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة بيزاين زنوربيرج وسافيمان ,Bezein)
Norberg & Saveman, 2001) التي هدفت على الكشف عن أن الإصابة بمرض سرطان الثدي يؤثر على تقبل الذات ومعنى الحياة لدى عينة من النساء الأمريكيات في مدينة لوس أنجلوس، وتبين أن البرامج الإرشادية المرافقة للعلاج يمكن لها أن تزيد من حالات الأمل في الشفاء وتحسن من قدرتهن على تقبل الحياة والموت.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: **" هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين العلاقات الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً للمجموعة (التجريبية ، الضابطة)؟**

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لأثر البرنامج الإرشادي ولصالح المجموعة التجريبية حيث بلغت قيمة ت (9.704) وبدلالة إحصائية بلغت (0.000) مقارنة مع المجموعة الضابطة، وتعزو الباحثة ذلك إلى البرنامج الإرشادي الذي استخدمته مع المريضات والذي احتوى على مجموعة من الجلسات نذكر منها جلسة الشبكة العلاجية التي كان لها الدور الكبير في تقوية العلاقات الأسرية لدى

المريضات المصابات بسرطان الثدي، حيث ركزت الجلسة على تقريب وجهات النظر بين المريضة وأسرتها، وان أي موضوع يمكن أن يتم رؤيتة من جوانب عده، وأن الحوار والمناقشة هو السبيل لتوضيح آرائنا وعواطفنا ومشاعرنا فكلما كانت العلاقات منسجمة مع بعضها بعضا بين أفراد الأسرة الواحدة، كلما كانت السعادة كأنغام مرتبةً ومنظمةً ومريحةً وكلما كانت العلاقات يشوبها التوتر والفرقة فإنها كأنغام دقه القلم التي لا تكون مريحة ومزعجة.

وهذه النتيجة تشير إلى أن جلسة الحرية والمسؤولية كان لها دور في تحسين مسؤولية المريضة في إدارة دفة حياتها وحياة أفراد أسرتها وإنها تمتلك الخيار لتختار من بين البدائل، فلها دور كبير في تشكيل مصيرها، ومصير أفراد أسرتها، بعد أن كانت تحس بالعجز وفقدان السيطرة على مستقبلها جاءت الجلسات لتؤكد على دورها في تحمل المسؤولية ومواجهة الحياة بكل قوتها، وركزت جلسة الجانب الروحي من البرنامج على الصبر على المعاناه وتحمل الألم وأن الله عزوجل يجازي الإنسان على صبره، ولا ننسى أن الأسرة الأردنية أسرة تقوم على المحبة والتعاون، وتركز على أهمية التكافل الأسري وتعاونها ومؤازرتهم لمريضة السرطان، ومساهمتهم في تخفيف التوتر النفسي لديها وتحسين ورفع المعنوية لدى المريضة وخصوصاً عندما تشعر المريضة بأن الجميع يبادلونها شعوراً طبيعياً وأنها لا تختلف عنهم، وكذلك مساندة الأزواج لزوجاتهم وأشعارهن أنهم مازالوا على الوعد والمحبة وأن المرض لا يؤثر على العلاقة الحميمة والعاطفية لديهم.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسات التي أجريت، حول هذا الموضوع، مثل دراسة ويليامسون (Williamson,2002) التي هدفت إلى الكشف عن أثر العلاقات الأسرية والدعم الأسري في تمكين المصابات بسرطان الثدي في مواجهه مرضهن. بينت نتائج الدراسة وجود تماسك أسري وعلاقات إيجابيه لدى50%من النساء المتزوجات و80%من اللواتي يقمن

مع أفراد العائلة، كما بينت نتائج الدراسة أيضاً أن التعاون وتفهم أفراد الأسرة لحالة المريضة لها دور كبير في مواجهة المرض وتحقيق التوافق والتعايش معه.

وتتفق – أيضا– مع نتائج دراسة عبد الخالق والنيال (2007) التي هدفت إلى فحص الفروق بين ثلاث عينات مختلفة من المريضات المصابات بسرطان الثدي، في كل من معنى الحياة وحب الحياة والارتباطات بين هذه المتغيرات، كما بينت الدراسة وجود فروق بين عينات المرضى تعود لمتغير تماسك الأسرة والمرونة للمريضة وقوتها في مواجهه المرض.

وكذلك اتفقت مع نتيجة دراسة محمود(2009) التي هدفت إلى الكشف عن أثر الدعم الأسري وعلاقته بالضغط النفسي والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية للدعم الأسري للمريضات الأكبر سناً، وعدم وجود فروق في متغير التعليم، وبينت نتائج الدراسة أن برامج العلاج الكيماوي والجراحي يجب أن تتزامن مع برامج إرشادية لتخفيف القلق وتحسين الحالة النفسية للمريضة وتمكين الأسرة أثناء رحله العلاج.

وتتفق كذلك مع دراسة سفيتينا وناستران (Svetina, & Nastran, 2012) التي هدفت إلى التعرف إلى جوانب العلاقات الأسرية مثل الرضا والتواصل والرضا لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي، بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط سلبية بين المتغيرات الديمغرافية للمرأة وبين التأقلم مع الحياة المرضية، كما بينت أن التماسك الأسري الإيجابي والتواصل تدعم تأقلم المرأة وتحسن من حالتها النفسية إذا ما تم توجيهها بطريقة صحيحة.

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:" **هل هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية الوجودية في تحسين كل من: المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى مريضات سرطان الثدي تبعاً لمتغيرات العمر والمؤهل العلمي ومدة المرض؟**

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار (مان وتني يو) لإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي تبعاً لمتغيرات العمر والمستوى التعليمي ومدة المرض.

أولا: العمر

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير العمر في مستوى المرونة النفسية، وقبول الذات، والعلاقات الأسرية لدى المريضات بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي، وتعزو الباحثة ذلك نظراً إلى أن طبيعة الصدمة واحدة والبئيات متشابهة ومصادر الدعم متقاربة والعلاج متقارب وبالتالي قد لا يظهر الفرق.كما أن تجربه الحياة مع المرض لدى المريضات المصابات بسرطان الثدي ممن هن 40 سنه فأكثر تكون قد اكتسبت بشكل أو بآخر، وبأن المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لا تتأثر كثيراً بعد هذا العمر.

أما بالنسبة للمريضات المصابات بسرطان الثدي ممن هن 40 فأقل فلا يوجد أثر يعزى لمتغير العمر في مستوى المرونة النفسية وقبول الذات، والعلاقات الأسرية، ويعود السبب في ذلك إلى أن المريضة بعد تشخيصها بسرطان الثدي، فإنها تشعر فوراً بالضعف، وتعاني من محنة وجودية خلال فترة 3 أشهر بعد تشخيصها بإصابتها بالمرض. وتبدأ معاناتها اليومية من مجموعة الاضطرابات والضغوط الحياتية وعملياتها الروتينية والخوف من عودة المرض أو فشل في العلاج والعمليات الجراحية التي تسبب لها تشوهاً، أو حدوث مرض عضال أو خللاً في حركات العين وسقوط شعر الرأس. كما أن طول فتره العلاج التي قد تمتد لسنوات طويلة تؤدي إلى وجود المريضه وحدها في أغلب جلسات العلاج لعدم توفر مرافق من الأهل أو الأقارب بجانبها بسبب أعباء الحياة، حيث تأتي المريضة لأخذ الجرعة وحدها أو تفضل أخذ الجرعات دون إخبار الأهل بذلك حتى لا يدب القلق والخوف داخل الأسرة. كما أن العلاج الجراحي

والكيميائي والإشعاعي والهرموني للمصابات بسرطان الثدي ممن هن سنة40 فأقل وأكثر من 40 سنة يتناولن نفس العلاج. وتلاحظ الباحثة أهمية البرنامج الإرشادي لجميع المستويات العمرية على حد سواء، وأن العمر ليس سبباً في تحسن المرونة النفسية أو قبول الذات أو العلاقات الأسرية نظراً إلى أن طبيعة الصدمة واحدة والبيئات متشابهة ومصادر الدعم متقاربة وبالتالي قد لا يظهر الفرق.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع مثل دراسة (Nerenz et al., 1986) التي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات قيمة إحصائية بين كبار السن وصغار السن من حيث تأثرهم النفسي والأعراض الجانبية عند تلقيهم العلاج الكيميائي للسرطان.

بينما تختلف هذه الدراسة مع دراسة فيكور وسيلزار (Viokur & Selezar,1989) حيث أظهرت أنه كلما كانت المريضة المصابة بالسرطان أصغر سناً كان التأثير النفسي أكبر، وكلما كانت أكبر سناً كان التأثير الجسمي – وخاصة الحركي– أكبر.

ثانياً: المؤهل

أشارت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس المرونة النفسية تعزى للمؤهل العلمي وجاءت الفروق لصالح ذوات المستوى التعليمي ثانوية عامة فما دون، وترى الباحثة أن السبب في ذلك أن المريضة الاقل تعليما أسهل في تقبل المعلومات من المريضات ذوات المؤهل العلمي ويعود إلى اطلاع المريضة الاقل تعليما على تجارب المشاركات خلال جلسات البرنامج كما جاء في جلسه (النموذج) وتعارف المريضات مع بعضهن بعضا، ومن خلال الواجبات المنزلية التي تم تكليفهن بها، والكتيبات التي تم توزيعها عليهن حيث أن جلسات البرنامج تحث على الاطلاع على تجارب بعضهن بعضا، كما تضمن البرنامج الإرشادي جلسة حوارية للتعريف

بالمرض والأعراض وطرق العلاج وفتح باب الحوار للمريضات مع الطبيبة لإعادة تكوين المعرفة بالمرض، وإعادة تشكيل الأفكار اللامنطقية الموجودة لدى المريضة الاقل تعليما عن المرض، كما تعزو الباحثة ذلك إلى أن المريضة الاقل تعليما أول مره تشارك في مثل هذه البرامج الإرشادية التي تقوم على تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية. حيث أن زيادة العلم والمعرفة يمكن أن يقلل من الألم والأعراض الجسدية المصاحبة إذا ما تم توعية المريضات بالمضاعفات والنتائج المترتبة على الإصابة بالمرض، حيث إن الاستعداد والقدرة على إجراء التعديلات في الاستجابة السلوكية والنفسية ومهارة استخدام البصيرة، تبدأ في عملها عندما يتم إدراك الاختلاف في الحالة الصحية ويتم التصرف بطرق مخالفة لتحسين الحالة الصحية لدى المريضات الاقل تعليما .

وقد اتفقت الدراسة مع نتائج دراسة الحجاز وأبو اسحق (2010) التي أظهرت وجود فروق بين المريضات الحاصلات على شهادات التعليم الأساسي وبين المريضات الحاصلات على شهادات التعليم العالي حيث كان التوافق النفسي لديهن أفضل.

ثالثا: مدة المرض

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) تعزى لمتغير مدة المرض في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي، وتعزو الباحثة ذلك إلى خوف النساء المصابات بسرطان الثدي من أن يعود المرض في مناطق أخرى كسرطان الرحم وسرطان الكبد وسرطان الغدد اللمفاوية والذي يؤدي الى الموت، وأن مدة المرض أقل من 5 سنوات أو أكثر من 5 سنوات ترافقها الأعراض المصاحبة للعلاج مثل: (التقيؤ، والغثيان، والإرهاق، والتعب النفسي والجسدي). كما أن المكوث داخل المستشفي في أغلب أيام العلاج وطول الفترة وما يرافقها من

علاجات وفحوصات يؤدي بالمريضة إلى الملل والضجر وتصبح الأمور روتينية إلى درجة الإزعاج؛ مما يؤدي إلى أن مدة المرض لا تؤثر في مستوى المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية.

التوصيـات

في ضوء نتائج الدراسة توصي الباحثة بالآتي:

- تصميم برامج إرشادية تقوم على تحسين قبول الذات في علاج مرضى السرطان والأمراض المزمنة.
- المزج بين برنامجيين إرشاديين يقوم أحدهما على إرشاد مريضات سرطان الثدي والآخر يقدم لأزواجهن.

المراجـــع

المراجع العربية

أبو زيد، إبراهيم. (1987). سيكولوجية *الذات والتوافق*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

اسبانيولي، هالة. (2002). *مهارات الاتصال*. الناصرة: مؤسسة حضانات الناصرة.

آمال، فاسي. (2011). *الاكتئاب الأساسي لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز*، رسالة ماجستير.جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.

بسيسو، حياة. (2006). *بناء برنامج ارشادي سلوكي وقياس فاعليته اوخفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في الاردن*، رسالة ماجستير غير منشوره. جامعة عمان العربيه، عمان.

بكيلاني، إبراهيم. (2008). تقدير *الذات وعلاقتة بقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة أوسلو في النرويج*، رسالة ماجستير .الاكاديمية العربية المفتوحة، الدنمارك.

بلميهوب، كلثوم. (2009). أثر اضطراب العلاقة الزوجية على الصحة النفسية للابناء، مجلة شبكة *العلوم النفسية العربية*، الجزائر.

حامد، محمد. (2010). الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة الإيجابية لدى الشباب الجامعي. مجلة كلية *التربية بجامعة عين شمس*، *2*(34)، 539-473.

حامد، محمد. (2009). المرونة الإيجابية ودورها في التصدي لأحداث الحياة الضاغطة لدى الشباب الجامعي. مجلة كلية *التربية بجامعة عين شمس*، *3*(33)، 373- 405.

الحجار، بشير و أبو أسحق، سامي. (2007). التوافق لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى الالتزام الديني ومتغيرات أخرى. *مجلة الجامعة الإسلامية بغزة*، *15*(1)، 561-292.

الحسيني، أيمن. (2002). *الموسوعة الصحية للمرأة العصرية*. الرياض: مكتبة ابن سينا.

الخطيب، محمد. (2007). تقييم عوامل مرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة.*مجلة الجامعة الإسلامية بجامعة الأزهر*، *2*(15) 1051-1088.

الحموي، شريف. (2006). *مهارات الاتصال*. عمان: دار يافا للنشر.

الخولي، سناء. (1983). *الزوج والأسرة في عالم متغير*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

ربيع، هادي. (2005). *الإرشاد النفسي التربوي من المنظور الحديث*. الأردن: عمان. مكتبة المجتمع العربي.

الرشيدي، بشير والسهل، راشد. (2000). مقدمة في *الإرشاد النفسي*. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

رضوان، سامر. (2007). *الصحة النفسية*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

زهران، حامد. (1997). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.

زهران، حامد. (1989). *التوجيه والإرشاد النفسي*. دمشق: منشورات جامعة دمشق.

السجل الوطني الأردني لسرطان الثدي. (2011). *سرطان الثدي في الأردن*. عمان: منشورات وزارة الصحة.

سعفان، محمد. (2001). فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج القائم على المعنى في خفض الغضب (كحالة وكسمة) لدى عينة من طالبات الجامعة: دراسة مقارنة. *مجلة كلية التربية بجامعة عين شمس*، *4*(25)، 169-226.

الشناوي، محمد، (1995)، *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*، القاهرة: مكتبة غريب.

عبد الخالق، أحمد و النيال، مايسة. (2007). *معنى الحياة وحب الحياة لدى مجموعات مختلفة من مريضات السرطان:* دراسة مقارنة. ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الإقليمي لعلم النفس، رابطة الأخصائيين المصرية، القاهره، 18-20 نوفمبر، 2007.

عبد السلام، محمد. (2000). *الإصابة بالسرطان بين الطب وعلم النفس*. الإسكندرية: دار المطبوعات الجامعية.

عدس، عبد الرحمن وتوق، محي الدين. (1998). *المدخل إلى علم النفس*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

العزة، سعيد. (2000). *الإرشاد الأسري:* نظريته *وأساليبه العلاجية*. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

عمر، ماهر. (1992). سيكولوجية *العلاقات الاجتماعية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

فرانكل، فيكتور. (1998). *إرادة المعنى: أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى (إيمان فوزي،مترجم). القاهرة*: دار زهراء الشرق.

فريد، صالح. (2009). سرطان *الثدي: احدث السبل وأنجحها في إعادة ترميم الثدي وتأهيله عن الإصابة وبعدها*. الكويت: مطبعة الصفاة، مجلس النشر العلمي.

الكرمي، زهير. (2000). *الإنسان والعائلة*. عمان: دار المكتبة الوطنية.

الكسواني، حنان. (26أيلول،2007). *البرنامج الفضي لمكافحة سرطان الثدي يبدأ الشهر المقبل في العاصمة والبلقاء*. جريدة الغد الأردنية، العدد 1243.

كوري، جيرالد. (2011). *النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي (مترجم: د. سامح وديع الخفش)*. عمان: دار الفكر العربي.

محمود، ماجدة. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات السرطان. مجلة دراسات نفسية، جامعة حلوان، *9*(2)،261-311.

مديرية مكافحة السرطان. (2006). *المسح الوطني للمعرفة والممارسات والاتجاهات لدى الإناث الأردنيات: حول الكشف المبكر عن سرطان الثدي: للفئة العمرية 20 سنة فما فوق في الأردن*. عمان: منشورات وزارة الصحة .

مورتنس، دونالد، شمولر، ألن. (2005). *التوجيه والإرشاد المدرسي بين النظريات والإجراءات*، *(لجنة التعريب، مترجم)*. غزة: دار الكتاب الجامعي.

مركز الحسين للسرطان. (2012). تقرير سنوي، عمان .الأردن.

المراجع الأجنبية

Alfermamn, D., & Stool, O. (2000). Effect of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of sport psycho, 31* (1),47-63.

American Cancer Society. (2006). *Cancer facts and figures.* Author : Atlanta, GA.

Bandura, A., & Bussey, K. (2004). On broadening the cognitive, emotional, and sociostructural scope of theorizing about gender development and functioning: Comment. *Psychological Bulletin, 1*(3): 50-99.

Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B. (2001). The meaning of the lived experience in Patients with Cancer. *Palliative Medicine, 15*(2), 117- 126.

Berger, E. (1981). *Self-acceptance Scale.* NY: William Morrow & Co Press.

Bilquess, M. (2003). Marital Adjustment in Yemen. *Journal of Family and Marriage, 13*(63), 1-2.

Boman, K. (1999). Surviving cancer in childhood psychological & social long – term adjustment. *Arch Dis Child, 70*(1), 66–70.

Bonanno, A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. Current *Directions in Psychological Science, 14* (1), 135–138.

Brennan, J. (2001). Adjustment to Cancer Coping or Personal Transition. *Psycho oncology Journal, 10* (2), 1-18.; 10.

Bruch, M., & Levo, L. (2001). Conceptual Complexity and Skill in Marital Communication, *Journal of Marriage and the Family, 12* (2),927-931.

Bugental, J. (1987). *The Art of the Psychotherapist.* New York: Norton.

Carlson, E., & Garland, N. (2005). Impact of Mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*(1), 278- 285.

Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). *Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy.* Oakland, CA: Context Press/New Harbinger.

Cimprich, B., Janz, K., Northouse, L., Wren, A., & Given, W. (2005). Taking Charge: A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psychooncology, 14*(2), 704–717.

Classen, C ., Kraemer, H., Blasey, C., Davis, J., Koopman, C., Palesh, O., Atkinson, A., Dimideli, S., Westendorp, J., Morrow, R., & Spiegel, D. (2011). Supportive–expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Existential therapy of Breast Cancer patients, 17*(5),438- 447.

Corey, G. (1996). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy.* New York: Cole Publishing Company.

Crocker, J., & Luhtanen, R. (2002). Hopes dashed and dreams fulfilled: contingencies of self-worth and graduate school admissions. Journal of *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*(3), 1275-1286.

Danesh, E. (2000). *The Efficiency of Islamic Counseling on Improving Marital Adjustment Levels of Incompatible Couples.* Unpublished PhD thesis. Shahid University, Iran.

Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct of self. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(4): 989-1015.

Deurzen-Smith, E. (1990). *Existential Therapy* . London: Sage Books.

Drake, C. (2008). *Evaluating a behavioral measure of psychological flexibility*. Unpublished dissertation, University of Mississippi. USA.

Duckworth, L., Steen, A., & Seligman, P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review in Clinical Psychology, 1*(1), 629–651.

Ell, K., Nishimoto, R., & Moravy, T. (2001). A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of Cancer. *Cancer Journal, 63*(2), 406-413.

Feros, D., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackladge, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology, 1* (1), 1-6.

Frank, F., & Shalonda, K. (2006). Impact of Racial Perspectives and Contextual Variables on Marital Trust and Adjustment for African American Couples. *Journal of Family Psychology, 20*(1), 79-87.

Ganz, P. (2004). Side effects linger after treatment ends. *Journal of the National Cancer Institute, 3*(96), 376-387.

Garlan, R., Butler, L., Rosenvaum, E., Siegel, A., & Spiegel, D. (2011). Perceived benefits and psychosocial Outcomes of a brief existential family Intervention for cancer patients/survivors. *Omega Medical Journal, 63*(3), 243- 268.

Gilliand,. J templer .D. (1986). Relationship of death anxiety scale factors to subjective States. California school of professional psychology, *Omega, 16*, (21),312-345.

Greenberg, J. (2008). Understanding the vital human quest for self-esteem. *Perspectives on Psychological Science, 3*(2):48-55.

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.

Harter, S., & Waters, P. (1998). Relational self-worth: Differences in perceived worth as a person across interpersonal contexts among adolescents. *Child Development, 69* (4),756-766.

Hirai, K., Hospice, S. (2003). Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients. Palliative Medicine, 17(1), 688-694.

Itatsu, H. (1995). The relations of Self- acceptance to Life attitude and Hopelessness. *Japanese Journal of Counseling Science, 28*(1), 37-46.

Karoly, P., & Ruehlman, C. (2006). Psychological Resilience and its Correlates in Chronic Pain: Findings from a national community sample. *Journal of Pain, 123*(2), 90-97.

Kashdan, B., & Kane, Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of posttraumatic growth and meaning in life: Experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences, 50*(2), 84-89.

Kenefick, L. (2006). Patterns of symptom distress in older women after surgical treatment for breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 33*(2), 327–335.

Kleponis, P. (2006).*Communication in Marriage.* Retrive march, 2012,from http://www.MarritalHealing.com.

Love, R., Leventhal H., Easterling D., & Nerenz D. (2002). Side effects & emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer,73*(2), 604-12.

Madden, S. (2007). *The Relationship Between Psychological maltreatment and Deliberate Self-Harm and the Moderating Role of Resilience in an Undergraduate Residence Hall Population.* Unpublished dissertation, University of Northern Colorado.

Maraseta, R. (2004). Anxiety & depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. Relations to age & type of surgery. *Active Therapy Journal, 31*(6), 56-89.

Mitchell, J. (2008). *Constructed Meaning and Stress in Breast Cancer Experience.* PhD Dissertation. University of California, Los Angeles, No: 8GB-0044. USA.

Mroczek, B., Grochans, E., Kuszmar, G., & Karakiewicz, B. (2012). Psychosexual functioning of women after breast cancer therapy. *Psychiatria Polska. 1*(1), 51–61.

National Breast Cancer Centre. (2006). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer.* NY: NHMRC.

National Cancer Registry. (2012). *Cancer prevention directorate : Incidence of Cancer in Jordan* . Amman: ministry of Health.

Nelson, O. (2010). *Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the U. S. Preventive Services Task Force.* Rockville, MD: AHRQ Publications.

Olsen, M., Breckler, J., &Wiggins, E. (2008). *Social Psychology Alive* . Canada: Nelson Press.

Onwukwe, Y. (2010). *The Relationship between Positive Emotions And Psychological Resilience in Persons Experiencing Traumatic Crisis: A Quantitative Approach.* Unpublished dissertation, Capella University. USA.

Pagona, O., Vagia, K., Hatzidimitriou, C., & Ifigeneia, K. (2007). Patterns of Coping, Flexibility in Coping and Psychological Distress in Women Diagnosed with Breast Cancer. *Cognitive Therapy & Research,31* (1),97- 111.

Perry, D. (2006). *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Luxembourg.* European Health Committee Publications

Pilar , M ., & Juan . C . (2004). Stress and health in Spanish women. *Journal of Applied Social Psychology . 34* (4), 731-746.

Rosenthal, S. (2001) . *The breast source book.* NY: Lowell House.

Savetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and post-traumatic Growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina, 24* (3), 298-306.

Shin, H., Noh, E., Lee, E., Nam, S., Park, W., Ahn, S., & Yun,Y. (2009). Correlates of existential well-being and their association with health-related quality of life in breast cancer survivors compared with the general population. *Breast Cancer Treatment, 2* (1), 118-139.

Sillars, R. (2001). Cognition During Marriage. *Journal of Social and Personal Relations, 18*(1), 489-512.

Stanton, A. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology, 20*(2),4160- 4618 .

Steginga, P. (2006) . The influence Breast Cancer on Psychological and Family Relationships: A prospective study evaluating psychological Health as a mediator *.Health Psychology, 22*:(2),P.123- 129.

Swann, B. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences, 31* (3), 653–673.

Vinokur, A., & Selzer, M. (1989). Desirable versus undesirable life events: Their relationship to stress and mental disease. *Joumal of Personaiity and Social, 3*(2): 9-337.

Wending, H. (2012). *The relation between psychological flexibility and the Buddhist practices of meditation, nonattachment, and Self-compassion*. Unpublished Dissertation. The Graduate Faculty of the University of Akron. USA.

Williams, B., Stacey, C., & Wahlstrom, M. (2005). *Marriages, Families & Intimate Relationships*. Boston, MA: Pearson.

Williamson, G. (2002). Family Cohesion and Breast Cancer. *Journal of Family Relations, 4*(4), 122-178.

Woolfolk, A .(1998). *Educational Psychology* . Boston: Allyn & Bacon Press Ltd.

Zabora, J. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho Oncology Journal, 10*(2), 19-28

Zemore, R., & Shepel, L. (2000). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science and Medicine; 28*(1), 19-27.

ملحق(أ)

أداة الدراسة بصورتها الأولية



كلية التربيـــــــــــــــة

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

الأستاذ الدكتور ---------------------- المحترم

تحية طيبة وبعد:تقوم الباحثة بإجراء دراسة تحت عنوان (فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن) استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه في الإرشاد النفسي.

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة ودراية في مجال علم النفس والإرشاد النفسي والبحث العلمي يسر الباحثة أن تضع بين أيديكم فقرات تتعلق بأدوات الدراسة التي قامت الباحثة بتطويرها لتحقيق أهداف الدراسة المذكورة، حيث قامت الباحثة بتطويرها من خلال مراجعتها للأدب النظري والدراسات السابقة العربية والأجنبية والتي بحثت في فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن، لذا أرجو منكم قراءة فقرات أدوات الدراسة وإبداء الآراء من حيث صلاحيتها وصياغتها اللغوية وأية ملاحظات ترونها مناسبة، شاكراً لكم حُسن التعاون.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

الباحثة

سهى خرابشة

مقياس قبول الذات

الرقم	العبارة	دائما	عاده	غالبا	أحيانا	نادرا
1	سوف يكون من الجيد أن أجد شخصا يمكنه أن يخبرني كيفيه حل مشاكلي الشخصية					
2	لا تساورني الشكوك بقيمتي كشخص حتى لو اعتقد الآخرون عكس ذلك					
3	عندما يمتدحوني الناس أظن بأنهم غير صادقين					
4	عندما يظهر شخص عيوبي فأنني أتضايق من ذلك					
5	اصمت في المناسبات الاجتماعية لأنني أخاف أن أتعرض للسخرية					
6	استخدم قوتي كلها لأعيش بسعادة					
7	أرى أن عواطفي وأفكاري نحو الآخرين سليمة					
8	لا اشعر بالقناعة حتى لو قمت بعمل جيد					
9	أحس بأنني غريبة عن الآخرين وأريد أن أحس بالطمأنينة أنني لست مختلفة عن الآخرين					
10	أخاف أن أخيب ظن الناس بي عندما يعرفونني على حقيقتي					
11	اشعر بالثقة عندما احل مشاكلي قبل ما تتفاقم في المستقبل					

مقياس العلاقات الأسرية

الرقم	العبارة	دائما	عاده	غالبا	أحيانا	نادرا
1	يساعد أفراد أسرتي بعضهم بعض					
2	اعتقد أن عائلتي تعجبني					
3	تتسبب عائلتي بفقداني السيطرة على أعصابي					
4	نادرا ما اعلق الآمال على عائلتي					
5	لا أبالي بأن أكون مع عائلتي					
6	اشعر بأنني متفق مع عائلتي					
7	أتمنى أن لا أكون فرد من عائلتي					
8	يختلف أفراد عائلتي مع بعضهم					
9	أفراد عائلتي متقاربين من وجهات النظر					
10	اشعر كأني لا افهم عائلتي					
11	عائلتي لا تفهم مشاكلي					
12	هناك الكثير من عدم الرضا في عائلتي					
13	هناك الكثير من المودة في عائلتي					
14	الآخرين يحترمون عائلتي					
15	هناك الكثير منعدم الثقة في عائلتي					
16	هناك الكثير من الحنان بين أفراد عائلتي					
17	أفراد عائلتي متعاونون					
18	الحياة مع عائلتي تعيسة					
19	اشعر بالخزي بسبب عائلتي					
20	تتفق العائلات الأخرى مع بعضها أكثر من عائلتي					
21	عائلتي مصدر سكينه					
22	اشعر بالعزلة عن عائلتي					
23	عائلتي أسرة هانئة					
24	عائلتي مصدر قوتي					
25	تعبر عائلتي عن أفكارها وأحاسيسها بان تقول أنا اعتقد أو أنا اشعر					

مقياس المرونة النفسية

الرقم	العبارة	دائما	عاده	غالبا	أحيانا	نادرا
1	الغي نشاطاتي المسبقة عندما اشعر بأنني لست بخير					
2	أقول أشياء مثل (اشعر بالسوء)(لا يوجد لدي طاقه)(لا اشعر بالصحة)					
3	يجب أن استوعب مشكلتي حتى أتقدم للإمام					
4	لم اخطط للمستقبل بسبب عدم قدرتي على الشفاء					
5	ابتعد عن القيام بأشياء تسبب لي الأذى أو الأخطاء					
6	من المهم أن اعرف سبب عدم قدرتي على الشفاء					
7	أؤخر القيام بأعمالي بسبب معاناتي					
8	لا اعمل شي للتجنب معاناتي					
9	لا أتحكم بحياتي بل معاناتي تتحكم بي					
10	ابتعد عن تحقيق هدفي بسبب معاناتي					
11	من الضروري أن اضبط حياتي					
12	استطيع التكيف مع التغيرات					
13	لدي إحساس قوي بما هو الهدف من الحياة					
14	يفضل إن تأخذ المبادرة في حل المشكلات					
15	مواجهه الضغوط تزيد قوه					
16	نجاحات الماضي تعطينا الثقة في مواجهه تحديات المستقبل					
17	اعمل أي شيء لإنهاء معاناتي					

ملحق (ب)

البرنامج بصورته الأولية

محتوى البرنامج الإرشادي القائم على النظرية الوجودية في الإرشاد النفسي

الجلسة الأولى :

الموضوع :- تمهيد وتعارف بين أعضاء المجموعة المشاركة

الأهداف :-

1- أن يتم التعارف وتحقيق درجة من الألفة بين الباحثة والمجموعة .

2- أن يتم الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات

3- أن تعرف الأهداف العامة للبرنامج وهي تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى المصابات بسرطان الثدي .

4- ذكر محتويات برنامج الإرشاد بذكر عناوين الجلسات .

الزمن : 45 -60 دقيقه

تمرين الإحماء : تبدأ الجلسة بإحماء المرضى من خلال لعبة الكف

الإجراءات :- ثم يتم التعارف الشخصي بين الباحثة والمريض بجو من الدفء والألفة والتقبل، وتأسيس علاقة إرشادية أصيله صادقه وهي المهمة الأولى للباحثة ويتضمن ذلك الترحيب بالمريض وتهتم الباحثة أساساً في هذه الجلسة بتشجيع المريض على التحدث عن نفسه ، على التغلب على الحزن المسيطر على المريض وتعريفه أن الإرشاد الوجودي من الأساليب الفعالة في علاج الحزن والإحباط والقلق .

- شرح القواعد والإجراءات الأساسية الخاصة بالجلسات الإرشادية – وأن الدور الرئيس في هذه الجلسات الإرشادية يقع على مدى تعاون المريض وتقبله وذلك من خلال المشاركة الفعالة داخل الجلسات .
- يتعرف المرضى الاضطرابات النفسية التي يعانونها وتوقعاتهم المستقبلية نحوها وكيف أن هذه الاضطرابات هي السبب في سوء حالتهم المرضية، وفي مدة إقامتهم في المستشفى وكيف أن برنامجاً إرشاديا سيخفف هذه الاضطرابات والضغوطات وستجعلهم أكثر توافقاً .
- تحديد الجلسات من خلال عرض عناوين عامة لها ،ووقت بدء البرنامج وانتهائه .
- توضيح أسلوب التعامل من خلال الجلسات التي تعتمد على الحوار والمناقشات .
- استراحة وشاي

الأدوات المستخدمة :-

1- أوراق ملونة 2 – أقلام 3- توزيع دفاتر وقرطاسيه على المشاركات

الواجب المنزلي :-

- القيام بالتعارف وزيادة الألفة بينهم (كل اثنتين مع بعض) ومعرفة كل واحده عن الأخرى معلومات شخصية .
- تدوين الأشياء التي تسعدهما ولا تسعدهما .

الجلسة الثانية :-

الموضوع : سرطان الثدي

- مفهوم السرطان (سرطان الثدي) وكل ما يجب أن تعرفيه عن سرطان الثدي .
- مراحل العلاج

الأهداف :-

1- أن يتعرف المريض على سرطان الثدي عن طريق إعادة تكوين المعرفة بالمرض وذكر بعض الإحصاءات عن المرض .

2- أن يتعرف المريض على مراحل سرطان الثدي .

- المرحلة الصفرية 0 stage
- المرحلة الأولى I stage
- المرحلة الثانية II stage
- المرحلة الثالثة II stage
- المرحلة الرابعة IV stage

3- أن يتعرف المريض على علاج سرطان الثدي .

الجراحة – العلاج الإشعاعي – العلاج الكيمائي – العلاج الهرموني

الزمن : 45-60 دقيقه

تمرين الإحماء :- لعبة حالة الطقس

الإجراءات :-

- مناقشة الواجب المنزلي
- تعرف الباحثة سرطان الثدي عبر استخدام العصف الذهني وتكوين مفهوم السرطان بأنه تحول خلايا الجسم (مفرده الخلية) إلى خلايا غير طبيعية فتنقسم دون تحكم أو نظام .
- وتذكر الباحثة إحصاءات النساء المصابات بسرطان الثدي حيث تشير الدراسات إلى أن امرأة واحده من بين كل ثماني سيدات معرضه للإصابة بسرطان الثدي في فترة ما من حياتها .

- ثم تتطرق الباحثة إلى مراحل تطور سرطان الثدي وهي المرحلة الصفرية وهي مرحله يكون السرطان موضعي أو متحوصل وهو سرطان غير اجتياحي مبكر جداً في الثدي لا يغزو الخلايا المجاورة ويمكن استئصاله والاحتفاظ بالثدي أو استئصال الثدي بكاملة.

المرحلة الأولى :- هي مرحلة مبكرة من سرطان الثدي وقد يصيب فيها الأنسجة المجاورة وتعني المرحلة الأولى أن السرطان لم يتجاوز الثدي .

المرحلة الثانية :- مرحلة مبكرة يصيب فيها الأنسجة المجاورة وقد ينتشر السرطان في العقد الليمفاوية تحت الإبط وتكون على درجتين stage IB stage IIA

المرحلة الثالثة :- مرحلة السرطان الموضعي المتقدم ويكون انتشاره أكثر في العقد الليمفاوية تحت الإبط وربما في الأنسجة الأخرى المحاذية للثدي وقد تكون على 3 درجات stage IIIc, stage IIB, stage IIA

المرحلة الرابعة :- هي مرحلة الإنبثاثية وفيها ينتقل السرطان من الثدي لباقي أعضاء الجسم كالعظام والرئة والكبد والدماغ .

- ثم تتطرق الباحثة إلى موضوع علاج سرطان الثدي حيث أن العلاج يعتمد مرحلة المرض ونوعية الخلايا السرطانية ورغبة المريضة .

وأن طرق العلاج هي :-

1- الجراحة Surgery

2- العلاج بالإشعاع Rediotherapy

3- العلاج الكيميائي Chemotherapy

4- العلاج الموجه Targeted therapy – علاج مناعي Immuriotherapy

- علاج بيولوجي Biologic therapy

- العلاج الهرموني Hormonal therapy

5- العلاج البديل والعلاج المكمل Alternative medicine and complementary medicine

6- العلاج التنفسي والدعم العاطفي

وفي نهاية الجلسة توزع الباحثة كتيب عن سرطان الثدي وكل ما يجب أن تعرفه عن سرطان الثدي .

الأدوات المستخدمة :

1- شاشة عرض

2- كتيب عن سرطان الثدي لكل مريضه

الواجب المنزلي :-

1- القيام بقراءة الكتيب والإطلاع على ما فيه وكتابة ملاحظات على النقاط غير واضحة فيما يتعلق بموضوع سرطان الثدي .

الجلسة الثالثة :-

الموضوع :- التدريب على الاسترخاء ، طريقة علاج القلق

الأهداف :-

1- تعريف المريض بالاسترخاء

2- تطبيق الاسترخاء

الزمن : 45-60 دقيقه

تمرين الإحماء : تمرين الشهيق والزفير

الإجراءات :-

1- مناقشة الواجب المنزلي المطروح في الجلسة السابقة إذا كان هناك نقاط غير واضحة والاستعانة بالطبيب .

2- في هذه الجلسة يتم تدريب المريض على الاسترخاء ويتم من خلال الخطوات الآتية :-

- الجلوس في وضع مريح عند بداية التدريب – وتأكيد هدوء المكان وخلوه من المشتتات
- المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا .. ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم .
- ليس بالضرورة أن تكون راقدا أو نائما، بل يمكن البدء بالتدريبات وأنت جالس في وضع مريح .
- إبداء التدريب بعضو واحد في البداية على الاسترخاء، ويفضل ان يكون الذراع كما في الخطوات الآتية :

1- أغلق راحة يدك اليسرى بأحكام وقوة .

2- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد .

3- افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة ، وأرخها وضعها في مكان مريح مسند الأريكة ، لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل .

- كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى، والاسترخاء الذي تنجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى وإلى أن

تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي ، فأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .

- كرر هذا التمرين (الشد والارتخاء) مع بقيه العضلات الأخرى .
- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع اعضاء الجسم عضوا فعضوا بالطريقة السابقة .. سيمكنك في المرات اللاحقة استغراق في وقت أقل .
- اكتساب القدرة على استرخاء بهذا النظام سيمكنك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي في مناطق معينة على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض في حالة استرخاء العضو .
- من المهم أن تستخدم (الحديث الايجابي الذاتي) مثل يمكن أن أتغلب على هذه الصعوبة أكثر من الناس الآخرين والتركيز الفكري لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة، لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء العضلي بالطريقة السابقة إذا وجدت أن تفكيرك يهتم بموضوعات أخرى راجعة إراديا إلى الإحساس بالجسم .
- لا تيأس إن عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء، فان التكرار من شأنه إن يمكنك من ضبط في حالة استرخاء إن عاجلا أو آجلا .
- إبدال نظرة اليأس بالتفاؤل والأمل والانطواء بالتحدث إلى زميلاتي المريضات ، فان بث المشاعر والانفعالات يقربه من الشفاء والتأكيد على أهمية مواجهة فرصة التعايش معه ، وأن عليها أن تتعلم الأمل والشفاء والنظرة للجانب المشرق من الحياة !
- فذلك سيزيد من طمأنينة ويضفي السلام على حياتها .

الأدوات : ورق قلاب ،أقلام ،ملحقات بالتمارين الاسترخاء العضلي والفكري .

الواجب المنزلي : التدريب على تمارين الاسترخاء في المنزل .

الجلسة الرابعة :

الموضوع :- إعادة تشكيل القيم

الأهداف :-

1- أن تتعرف المريضة إلى الفرضيات التي تؤمن بها عن العالم (مشاكلها – ومشاعرها قيمها – ومعتقداتها ،والنظر في حياتها) .

2- أن تطور المريضة استبصارات جديدة و إعادة تركيب القيم والاتجاهات .

3- مساعدة المريضة في أخذ ما تعلمته عن نفسها ومن ثم وضعه موضع التنفيذ

الزمن : 45 – 60 دقيقة

تمرين الإحماء : حركات متتالية

الإجراءات : تقوم الباحثة

- في هذه الجلسة تطلب من المريضة رسم شجرة حياتها بحيث تمثل الجذور الأسرة التي تنتمي لها والتأثيرات القوية التي أسهمت في تشكليها إلى الآن
- ويمثل الجذع بنية حياتها اليومية . يمكن ذكر جوانب العمل أفراد الأسرة – التعليم – أماكن دينية .
- تمثل الفاكهة انجازاتها .
- وتمثل الأوراق آمالها المستقبلية .
- نمنح المريضة فرصة للرسم، بعد ذلك نسأل المريضة إن كان أي منهم يود مشاركة شجرة حياته مع المجموعة .

- إن تطوعت المشاركات بمشاركة الرسومات ، نعمل على التركيز على العناصر الايجابية في شجرة الحياة

الواجب المنزلي :-

- ما فقدته ، وما تغير ، وما كسبته .

نشرح للمريضة أن أمور ايجابية تنتج عن الظروف الصعبة أحيانا وانه على الرغم من صعوبة الفقدان أو التغيير إلا أن بإمكاننا العثور على أمور جيدة في جميع الأوضاع .

نذكر مثالا أو اثنين على كلامنا .

الأدوات :- كرتون ، أقلام، ألوان، لاصق

الجلسة الخامسة :-

الموضوع : إعطاء معنى للحياة

الأهداف :-

1- مساعدة المريضة على إيجاد معاني في حياتها كالمواجهة والجرأة والشجاعة والأمل والمسؤولية .

2- مقاومة المريضة للأفكار الضياع وعدم الوجود والفراغ والملل .

الزمن :- 45 – 60 دقيقة .

تمرين الإحماء :- العقدة البشرية

الإجراءات :-

1- مناقشة الواجب المنزلي المعطى للمريضة .

2- تقوم الباحثة بعرض مقاطع من أشرطة فيديو تحت عناوين .

- قوة الإدارة .

- بعض ما علمتني الحياة .

- آن الأوان للتغيير وتحقيق الأهداف ... والعزيمة والإصرار .

- دقيقة ونص تغير من تفكيرك للأبد لوكزت فيهم .(جدد حياتك) .

- ادخل وتعلم قوة الإدارة .

- أنت تصنع واقعك .

- الحياة أمل .

- لكل من فقد الأمل بالحياة اهديه هذه .

- قيمة الذات .

- تقوم الباحث بإدارة حوار ونقاش حول المواضيع التي تناولتها أشرطة الفيديو مع المريضات .

- تقوم الباحثة بتوزيع نسخ من (CD) على المشاركات تتضمن مضامين الأشرطة .

الأدوات : جهاز كمبيوتر – شاشة عرض – (CD) .

الواجب المنزلي :– الطلب من المريضات مشاهدة (CD) بشكل متكرر كل أسبوع مرة على الأقل .

الجلسة السادسة :

الموضوع : رحلة

الأهداف :

1. زيادة الاهتمام الاجتماعي والأسري .

2. عدم التردد في التعرف وتكوين علاقات جديدة .

الجلسة السابعة :

الموضوع: المواجهة

الأهداف :-

- أن تعي المريضة أن الموت والحياة متلازمان
- أن تعي المريضة أن الخوف من الموت يشكل حقيقة إنذار استيقاظي إيجابي يساعدنا لأن نحيا كل يوم حتى منتهاه .

الزمن : 45-60 دقيقة

تمرين الإحماء :- المرآة

الإجراءات :- تدير الباحثة حواراً مع المريضة حول الحياة والموت، وأن الموت ليس ظاهرة سلبية، وأن الوعي بالموت حالة إنسانية أساسية تعطي أهمية لوجودنا، والميزة الإنسانية المركزية هي القدرة على أن تستوعب حقيقة المستقبل وبنفس الوقت حتمية الموت ، فمن الضروري أن تفكر بالموت إذا أردنا أن نفكر بأهمية الحياة وروعة المعيشة .

ولا يجب النظر إلى الموت على أنه تهديد ،ولكنه يعطينا الدافعية حتى نعيش كأس الحياة بكاملة ونستفيد من كل فرصة لنعمل أشياء ذات معنى .

وإذا حاولنا أن نرفض فكره حتمية الموت والفناء وتصبح الحياة آنذاك تافهة وفاقدة لأي معني ولكن عندما تعرف ونعترف بأننا فانون، نعرف أيضاً أننا خالدون حتى نكمل كل مشاريعنا لهذا فإن الحاضر أساسي وحساس ومهم إن وعينا بالموت هو منبع الحماس نحو الحياة والإبداع . إن الموت والحياة متلازمان يكمل أحدهما الآخر ، وعلى الرغم من أن الموت الجسماني يدمرنا ، فإن فكرة الموت تنقذنا .

- إن تقبل حقيقة الموت الحتمي، نبدأ بتقييم أفضل لأدائنا وإننا فعلاً نملك خيارات وإننا يجب تقبل المسؤولية المطلقة في العيش بأفضل ما يمكن.

الأدوات المستخدمة :- أوراق وأقلام

الواجب المنزلي :-

1- أن تذكر المريضات قصص من واقع الحياة والمجتمع عن الحياة والموت مع ذكر العبرة والجوانب الإيجابية من القصة.

الجلسة الثامنة :

الموضوع :- النموذج (النمذجة)

الأهداف :-

- أن تطلع المريضة على تجارب مصابات بسرطان الثدي وصراعهن مع المرض .
- إعطاء نظرة تفاؤلية ورؤية مستقبلية لحياة المريضات .
- **الزمن :** 45-60 دقيقه

تمرين الإحماء :- الهاتف

الإجراءات :-

- تقوم الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي مع المريضات .
- تقوم الباحثة بتقديم ضيفه مصابه بسرطان الثدي وهي (فلانة) تعتبر من الناجيات من المرض .
- تترك الباحثة المجال للضيفة وللمريضات لإدارة الحوار والمناقشة والإطلاع على تجارب الضيفة والصعوبات ونقاط التحول في حياتها وكيف واجهت المرض .... الخ

الأدوات المستخدمة :- أوراق - أقلام

الواجب المنزلي :- اكتبوا ثلاثة أشياء اعجبتي بها من خلال الحوار مع الضيفة وما الجديد الذي إضافته لك.

الجلسة التاسعة :

الموضوع :- التكيف والطريق نحو التعافي

الأهداف :-

1- تحديد كيف تبقى المريضة قوية وقادرة على القيام بوظائفها عندما تواجهها محنه شديدة ، ما هي العوامل التي تساعدها على مواجهة الصعوبات وتخطيها ؟

2- فهم كيفية تطبيق هذه المعرفة لدعم الذات .

الوقت :- 45-60 دقيقه

تمرين الإحماء :- شهيق وزفير

الإجراءات :-

- تقوم الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي
- ثم تقوم الباحثة بتوزيع المشاركات على مجموعات عمل خمسه كحد أعلى .
- تطلب الباحثة من المشاركات (المريضات) التأمل في تجاربهم الشخصية ومحاولة تحديد كيف بقين قويات / أو تعافن بعد فترة من الصعوبة أو التوتر العاطفي .
- رغم أن الهدف من هذا التمرين هو التركيز على عمليات التكيف والتعافي إلا أنه قد يكون تمريناً صعباً على المستوى العاطفي نسأل كل مجموعة إن كان هناك عضوان أو

ثلاثة فيها مستعدات للحديث عن قصصهن (من الطرق الأخرى للقيام بهذا عدم الكشف عن الحدث /القصة نفسها، بل عملية التعافي فقط)

- نكتب كل عملية يتم التعرف عليها لتكون عنصر مساعداً على التكيف والتعافي على قطعة كبيرة من الورق لكل مجموعة .

ثم يدار حوار بين الباحثة والمشاركات عن هذه العمليات

حيث تعتمد القدرة على التكيف على عوامل داخلية وخارجية ، فمع أن بعض هذه العوامل متأصلة إلا أن بالإمكان تنمية الكثير غيرها وتقويتها وفيما يلي بعض الصفات الدالة على القدرة على التكيف والتعافي وتساعد في التكيف مع الشدائد .

- الشعور بالأمان العاطفي والجسدي.
- الشعور بالسيطرة على محيطنا.
- الشعور بالانتماء الاجتماعي إلى مجموعة العالم الأكبر.
- امتلاك أهداف في الحياة والقدرة على تخيل المستقبل .
- القدرة على فهم الأزمات واستنباط المعاني من الأحداث .
- السيطرة على الذات.
- الثقة بالنفس والثقة بالآخرين .
- القدرة على الشعور بالفرح .

الأدوات المستخدمة : - أقلام ملونه ، كرتون ،لاصق.

الجلسة العاشرة :-

الموضوع :- الحرية والمسؤولية

الأهداف :-

- أن تدرك المريضة بأنها مسؤولة في إدارة دفه حياتها .
- إن المريضة تمتلك الحرية لتختار من بين البدائل، ولهذا فلها دور كبير في تشكيل مصيرها .

الوقت :- 45-60 دقيقه

تمرين الإحماء : السلطان وكاسات العسل

الإجراءات:-

- تقوم الباحثة بعرض عرض تقديمي لقصة عن المسؤولية ثم تقوم الباحثة بتعريف المشاركات على مفهوم المسؤولية والحرية .
- وما هي معيقات الحرية كالاتكالية والكسل وقلة التجارب الحياتية ونقص الثقة بالنفس والخوف من الفشل .
- وتعرض الباحثة أهمية المسؤولية

1- تزيد من الخبرة

2- تهيئك لتكون قائداً

3- تساعدك في تحديد أهدافك لأنك بتحمل الأعباء ستنطلق نحو هدف محدد

4- تمنحك الاستقلالية من خلال التحكم بتنظيم شؤوننا الخاصة، وبالتالي لا نكون رهينة لظروف وأوقات من يقومون بها نيابة عنا .

- ثم تقوم الباحثة بعض الإرشادات لتكون مسئولاً ناجحاً ثم يدار نقاش حول صورتين من المسؤولية .
- شخص مسؤول ويتحمل المسؤولية وشخص آخر غير مسؤول ويهرب من المسؤولية .

الأدوات المستخدمة : شاشه عرض ، أقلام ، أوراق

الواجب المنزلي : يطلب من المريضة كتابة موقف تفتخرين به من حياتك و كيف تحملت المسؤولية ، أو قرار اتخذتيه بحريتك.

الجلسة الحادية عشرة:-

الموضوع :- الجانب الروحي

الأهداف :-

- تنمية الجانب الروحي لدى مريضة السرطان .
- تنمية الوازع الديني لدى المريضة.
- أن تتعلم الصبر على البلاء .

الزمن: 45-60 دقيقة

تمرين الإحماء : لعبة الدومينو .

الإجراءات :-

1- تقوم الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي مع المشاركات .

2- تبدأ الباحثة الجلسة بتعريفها للصبر وهي الحبس وحبس النفس على فعل شيء أو تركه ابتغاء وجه تعالي أو الأجر .

3- وأن أنواع الصبر هي :

أ- صبر على طاعة الله .

ب- صبر على معصية الله .

ج- صبر على أقدار الله تعالى المؤلمة وهذا النوع هو الذي سوف نتحدث عنه وأن له درجات :-

- بدني اختياري (كتعاطي الأعمال الشاقة)
- بدني اضطراري (كالصبر على الألم)
- نفسي اختياري كالصبر على النفس عن فعل ما لا يحسن فعله شرعاً ولا عقلا.
- نفسي اضطراري كصبر النفس عن فقدان محبوبها الذي حيل بينها وبينه وان مجالات الصبر كثيرة كالصبر في الحياة الدنيا والصبر على مشتهيات النفس والصبر على الطاعة ... الخ
- وإننا خلقنا ولم نتركك فسخر لنا معينات على الصبر وهي :-

1- المعرفة بطبيعة الحياة الدنيا / إن من عرف طبيعة الدنيا وما جبلت عليه من الكدر والمشقة والعناء هان عليه ما يبتلى به فيها لأنه وقع في أمر يتوقعه والشيء من معدنه لا يستغرب حيث خلقنا في كبد (مشقة وعناء) .

إن من لا يعرف هذه الحقيقة سيفاجأ بوقائع الأحداث تصب على رأسه صباً فيظن أنه الوحيد من بين الناس الذي يصاب بذلك لشؤمه وسوء حظه ولذلك يبادر بعضهم بالجهاز على نفسه بالانتحار ، لأنه ما علم أن لكل فرحة ترحه وما كان ضحك إلا كان بعده بكاء وما ملئ بيت

حبره إلا مليء عبره، وما ملئ دار من السرور إلا ملئ من الحزن " ،انه لو فتش العالم لم ير

فيه إلا مبتلى:

إما بفوات محبوب أو حصول مكروه وأن سرور الدنيا أحلام نوم أو كظل زائل إن أضحكت قليلاً أبكت كثيراً ،وإن سرت يوماً أساءت دهراً وإن متعت قليلاً، منعت طويلاً .

- معرفة بأنك وما بيدك ملك لله تعال ومرجعك إليه .
- وتدير الباحثة حوار حول ذلك مع المريضات .
- ثم تقوم الباحثة بتقسيم المجموعة إلى ثلاث مجموعات صغيره وتوزع عليهن بطاقات من أقوال بعض الفلاسفة للمعرفة آراءهن فيها؟
- برناردو شو (يلوم الناس ظروفهم على ما هم فيه من حال .... ولكني أؤمن بالظروف فالناجحون في هذه الدنيا أناس بحثوا عن الظروف التي يريدونها فإذا لم يجدوها صنعوها بأنفسهم).
- روس بروت (عندما أقوم ببناء فريق فإنني أبحث دائماً عن أناس يحبون الفوز، وإذا لم أعثر على أي منهم فإنني أبحث عن أناس يكرهون الهزيمة)
- روزفلت (عليك أن تفعل الأشياء التي تعتقد أنه ليس باستطاعتك أن تفعلها)
  - بعد استعراض أقوال الفلاسفة تطرح الباحثة عليهن سؤال وهو ؟
  - قالوا الفلاسفة كذا وكذا ؟

وأنتِ ماذا تقولين ؟

- وهنا تترك الباحثة للمريضات الإجابة على هذا السؤال كواجب بيتي للمرة القادمة .
- **الأدوات المستخدمة:** أقلام ، أوراق ، بطاقات ملونه .

الجلسة الثانية عشرة :-

الموضوع :- التقييم وإنهاء البرنامج

الأهداف :-

- أن يستعد المشاركات بالبرنامج لإنهاء جلسات البرنامج .
- أن يذكر المشاركات بالبرنامج مدى استفادتهن من البرنامج الإرشادي .
- معرفة ردود أفعال المشاركات تجاه البرنامج الإرشادي .

الوقت : 45-60 دقيقة

الإجراءات :-

- مراجعة الواجب البيتي .
- تطلب الباحثة من المشاركات رسم لوحة يشتركن فيها جميعاً ثم يطلب منهم كتابة مذكرات لبعضهن بعضاً.
- ثم تناقش الباحثة مع المشاركات إيجابيات وسلبيات ما كتبنه وإبراز العوائق وطبيعة علاقاتهن معاً بعد انتهاء البرنامج ،ومن ثم يتم تطبيق المقاييس الثلاثة عليهن / تليها تشكر الباحثة المشاركات على حسن تعاونهن
- تليها توزيع بعض الهدايا التذكارية على المشاركات

الأدوات المستخدمة: أقلام ملونه – كرتون.

ملحق (ج)

قائمة بأسماء المحكمين

الرقم	الاسم	الرتبة الأكاديمية	التخصص	مكان العمل
.1	الأستاذ الدكتور نزية حمدي	أستاذ	الإرشاد النفسي	الأردنية
.2	الأستاذ الدكتور حسين الشرعة	أستاذ	الإرشاد النفسي	الأردنية
.3	الأستاذ الدكتور سليمان الريحاني	أستاذ	الإرشاد النفسي	الأردنية
.4	الأستاذ الدكتور جميل الصمادي	أستاذ	الإرشاد النفسي	الأردنية
.5	الدكتور عادل طنوس	أستاذ	الإرشاد النفسي	الأردنية
.6	الدكتور قاسم سمور	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي	اليرموك
.7	الدكتور عبد الكريم جرادات	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي	اليرموك
.8	الدكتور عبد الناصر الجراح	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي	اليرموك
.9	الدكتور عمار فريحات	أستاذ مشارك	علم النفس	عمان العربية
.10	الدكتورة ميساء الحسيني	قسم الأبحاث والدراسات	الإرشاد النفسي	مركز الحسين للسرطان

ملحق (د)

أداة الدراسة في صورتها النهائية



جامعة اليرمـــــــــوك

كلية التربيـــــــــــة

قسم علم النفس الارشادي والتربوي

فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن

الأخوات الفاضلات في مركز الحسين لمعالجة السرطان المحترمات السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

تحية طيبة وبعد:

يرجى التكرم بقراءة فقرات هذه الاستبانة بتمعن والإجابة عليها بوضع (X) أمام المستوى الذي يناسبك. هذا وسوف يكون للمعلومات التي تقدمونها أثر في نتائج البحث علماً بأن هذه البيانات سوف تعامل بسرية تامة وسوف تُستخدم لغايات البحث العلمي فقط. لذا أرجو تعبئة البيانات بوضع إشارة (X) في المكان الذي تنطبق عليه حالتُك:

العمر: 40 سنة فما دون ☐ أكثر من 40 سنة ☐

المؤهل العلمي: ثانوية فما دون ☐ أعلى من ثانوية ☐

مدة المرض: أقل من خمس سنوات ☐ خمس سنوات فأكثر ☐

واقبلوا الاحترام

الباحثة : سهى الخرابشة

دكتوراه إرشاد نفسي – جامعة اليرموك

مقياس قبول الذات

الرقم	العبارة	دائما	غالباً	أحياناً	نادراً	ابداً
1	لدي القدرة على إتخاذ قراراتي الخاصة بمرضي					
2	أشعر بأنني جديرة بإحترامي لنفسي					
3	عندما يمدحونني الناس أظن بأنهم غير صادقين					
4	أتضايق بسرعة من نقد الآخرين					
5	أصمت في المناسبات الاجتماعية لأنني أخاف أن أتعرض للسخرية					
6	أعتمد على نفسي في أمور حياتي					
7	عواطفي وأفكاري نحو الآخرين سليمة					
8	لا أشعر بالقناعة حتى لو قمت بعمل جيد					
9	أجد صعوبة في التحدث أمام الآخرين					
10	أخاف أن أخيب ظن الناس بي عندما يعرفونني على حقيقتي					
11	أشعر بالثقة عندما أحل مشاكلي قبل تفاقمها					
12	أشعر بأنني لست مختلفة عن الآخرين					

مقياس العلاقات الأسرية

الرقم	العبارة	دائما	غالباً	أحياناً	نادراً	ابداً
1	يساعد أفراد أسرتي بعضهم بعضًا					
2	أسرتي مصدر سعادة لي					
3	أسيطر على أعصابي بفضل أسرتي					
4	أعلق الآمال على أسرتي					
5	أفضل البقاء مع أفراد أسرتي					
6	اشعر بأنني متفق مع أفراد أسرتي					
7	أشعر بأنني مصدر سعادة لأسرتي					
8	لا تسود الخلافات بين أفراد أسرتي					
9	أفراد أسرتي متقاربين في وجهات النظر					
10	أنا أفهم أفراد أسرتي					
11	يثق أفراد أسرتي ببعضهم بعضاً					
12	تسود المودة بين أفراد أسرتي					
13	تحظى أسرتي باحترام الآخرين					
14	تفهم أسرتي مشكلاتي الصحية					
15	هناك كثير من الحنان بين أفراد أسرتي					
16	الحياة مع أسرتي مصدر سعادة لي					
17	أفتخر بأنني أنتمي إلى أسرتي					
18	أشعر بأن أسرتي أفضل من الأسر الآخرى					
19	أستمتع بتواجدي مع أفراد أسرتي					
20	نعبر بشكل حر عن أنفعالاتنا وعواطفنا					
21	يستشير بعضنا بعضاًفيما يتعلق بالقرارات الشخصية					
22	أسرتي مصدر قوتي					
23	نقضي أوقات فراغنا مع بعضنا بعضاً					
24	يدعم أفراد أسرتي بعضهم بعضاً في الأوقات العصيبة					

مقياس المرونة النفسية

الرقم	العبارة	دائما	غالباً	أحياناً	نادراً	ابداً
1	ألغي نشاطاتي المسبقة عندما أشعر بأنني لست بخير					
2	أقول أشياء مثل (أشعر بالسوء) (لا يوجد لدي طاقه) (لا أشعر بالصحة)					
3	يجب أن أستوعب مشكلتي حتى أتقدم للإمام					
4	لم أخطط للمستقبل بسبب عدم قدرتي على الشفاء					
5	ابتعد عن القيام بأشياء تسبب لي الأذى أو الأخطاء					
6	من المهم أن أعرف سبب عدم قدرتي على الشفاء					
7	أؤخر القيام بإعمالي بسبب مرضي					
8	لا أعمل شيئاً لتجنب معاناتي					
9	لا أتحكم بحياتي بل مرضي يتحكم بي					
10	أبتعد عن تحقيق هدفي بسبب مرضي					
11	من الضروري أن أضبط حياتي					
12	أستطيع التكيف مع التغيرات الجسدية والنفسية....					
13	أسعى لتحقيق هدف واضح في الحياة					
14	أتحمل مسؤولية مواجهة مشكلاتي					
15	مواجهه الضغوط تزيدني قوه					
16	نجاحات الماضي تعطيني الثقة في مواجهه تحديات المستقبل					
17	أشعر بالاحباط حينما أمر بظروف صعبة					

ملحق(هـ)

البرنامج الإرشادي بصورته النهائية

محتوى البرنامج الإرشادي القائم على النظرية الوجودية في الإرشاد النفسي

الجلسة الأولى :

الموضوع :- تمهيد وتعارف بين أعضاء المجموعة المشاركة

الأهداف :-

1- أن يتم التعارف وتحقيق درجة من الألفة بين الباحثة والمجموعة .

2- أن يتم الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات.

3- أن تعرف الأهداف العامة للبرنامج وهي تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى المصابات بسرطان الثدي .

4- ذكر محتويات برنامج الإرشاد بذكر عناوين الجلسات .

الزمن : 60 دقيقة

تمرين الإحماء : تبدأ الجلسة بإحماء المريضات من خلال لعبة الكف.

الإجراءات :- يتم التعارف الشخصي بين الباحثة والمريضات بجو من الدفء والألفة والتقبل، وتأسيس علاقة إرشادية أصيلة صادقة وهي المهمة الأولى للباحثة تتضمن الترحيب بالمريضات، كما تهتم الباحثة أساساً في هذه الجلسة بتشجيع المريضات على التحدث عن أنفسهن من أجل تخفيف الحزن المسيطر على المريضات وتعريفهن أن الإرشاد الوجودي من الأساليب الفعالة في علاج الحزن وتحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية.

- شرح القواعد والإجراءات الأساسية الخاصة بالجلسات الإرشادية – وأن الدور الرئيسي في هذه الجلسات الإرشادية يقع على مدى تعاون المريضات وتقبلهن وذلك من خلال المشاركة الفعالة داخل الجلسات .
- تتعرف المريضات على الاضطرابات النفسية التي يعانونها وتوقعاتهن المستقبلية نحوها وكيف أن هذه الاضطرابات هي السبب في سوء حالتهن المرضية وكيف أن برنامجاً إرشاديا سيخفف هذه الاضطرابات والضغوطات وستجعلهن أكثر توافقاً .
- تحديد الجلسات من خلال عرض عناوين عامة لها وقت بدء البرنامج وانتهائه .
- توضيح أسلوب التعامل من خلال الجلسات التي تعتمد على الحوار والمناقشات .
- استراحة أفطار

الأدوات المستخدمة :-

1- أوراق ملونة 2 – أقلام 3- توزيع دفاتر وقرطاسية على المريضات المشاركات

الواجب المنزلي :-

- القيام بالتعارف وزيادة الألفة بينهم (كل اثنتين مع بعض) ومعرفة كل واحدة عن الأخرى معلومات شخصية .
- تدوين أشياء إيجابية أو سلبية .

الجلسة الثانية :

الموضوع : سرطان الثدي

- مفهومه وكل ما يجب أن تعرفيه عن سرطان الثدي .
- مراحل العلاج

الأهداف :-

4- أن تتعرف المريضات على سرطان الثدي عن طريق إعادة تكوين المعرفة بالمرض وذكر بعض الإحصاءات عن المرض .

5- أن تتعرف المريضات على مراحل سرطان الثدي .

- المرحلة الصفرية stage 0
- المرحلة الأولى stage I
- المرحلة الثانية stage II
- المرحلة الثالثة stage II
- المرحلة الرابعة stage IV

6- أن تتعرف المريضات على علاج سرطان الثدي .

الجراحة – العلاج الإشعاعي – العلاج الكيمائي – العلاج الهرموني

الزمن : 60 دقيقة

تمرين الإحماء :- لعبة حالة الطقس

الإجراءات :-

- مناقشة الواجب المنزلي.

- ترحب الباحثة بالطبيبة المشاركة معها من قسم العلاج التلطيفي في مركز الحسين لسرطان التي سوف تقوم بتعريف المريضات بمرض سرطان الثدي حيث أشارت الطبيبة الى مفهوم المرض بأنه تحول خلايا الجسم (مفرده الخلية) إلى خلايا غير طبيعية فتنقسم دون تحكم أو نظام .

- وتذكر الطبيبة إحصاءات النساء المصابات بسرطان الثدي حيث تشير الدراسات إلى أن امرأة واحده من بين كل ثماني سيدات معرضة للإصابة بسرطان الثدي في فترة ما من حياتها .

- ثم تتطرق الطبيبة إلى مراحل تطور سرطان الثدي وهي المرحلة الصفرية التي يكون فيها السرطان موضعياً أو متحوصلاً وهو سرطان غير اجتياحي مبكر جداً في الثدي لا يغزو الخلايا المجاورة ويمكن استئصاله والاحتفاظ بالثدي أو استئصال الثدي بكاملة.

المرحلة الأولى :- هي مرحلة مبكرة من سرطان الثدي وقد يصيب فيها الأنسجة المجاورة وتعني المرحلة الأولى أن السرطان لم يتجاوز الثدي .

المرحلة الثانية :- مرحلة مبكرة يصيب فيها الأنسجة المجاورة وقد ينتشر السرطان في العقد الليمفاوية تحت الإبط وتكون على درجتين stage IB stage IIA

المرحلة الثالثة :- مرحلة السرطان الموضعي المتقدم ويكون انتشاره أكثر في العقد الليمفاوية تحت الإبط وربما في الأنسجة الأخرى المحاذية للثدي وقد تكون على 3 درجات stage IIIc, stage IIB, stage IIA

المرحلة الرابعة :- هي مرحلة الانبثاثية ينتقل السرطان فيها من الثدي لباقي أعضاء الجسم كالعظام والرئة والكبد والدماغ .

- ثم تتطرق الطبيبة إلى موضوع علاج سرطان الثدي حيث أن العلاج يعتمد مرحلة المرض ونوعية الخلايا السرطانية ورغبة المريضة في العلاج .

وأن طرق العلاج هي :-

1- الجراحة Surgery

2- العلاج بالإشعاع Radiotherapy

3- العلاج الكيميائي Chemotherapy

4- العلاج الموجه Targeted therapy – علاج مناعي Immuriotherapy

– علاج بيولوجي Biologic therapy

– العلاج الهرموني Hormonal therapy

5- العلاج البديل والعلاج المكمل Alternative medicine and complementary medicine

6- العلاج التنفسي والدعم العاطفي

وفي نهاية الجلسة توزع الباحثة كتيباتٍ عن سرطان الثدي وكل ما يجب أن تعرفه عنه

-استراحة أفطار

الأدوات المستخدمة :

3- شاشة عرض

4- كتيب عن سرطان الثدي لكل مريضة

الواجب المنزلي :-

2- القيام بقراءة الكتيب والإطلاع على ما فيه وكتابة ملاحظات على النقاط غير الواضحة فيما يتعلق بموضوع سرطان الثدي من أجل تقديم التغذية الراجعة من الطبيبة المشاركة في مكتبها في مركز الحسين.

الجلسة الثالثة :-

الموضوع :- التدريب على الاسترخاء وطريقة علاج القلق.

الأهداف :-

3- تعريف المريضات بالاسترخاء

4- تطبيق الاسترخاء

الزمن : 60 دقيقه

تمرين الإحماء : تمرين الشهيق والزفير

الإجراءات :-

1- مناقشة الواجب المنزلي المطروح في الجلسة السابقة اذا كان هناك نقاط غير واضحة والاستعانة بالطبيبة .

2- في هذه الجلسة يتم تدريب المريضات على الاسترخاء وعلى استخدامة في المنزل ويتم من خلال الخطوات الآتية :

- الجلوس في وضع مريح عند بداية التدريب – وتهيئة المكان وخلوه من المشتتات .
- المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا .. ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم .
- ليس بالضرورة أن تكون راقدا أو نائما، بل يمكن البدء بالتدريبات وأنت جالس في وضع مريح .
- إبداء التدريب بعضو واحد في البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما في الخطوات الآتية :

1- أغلق راحة يدك اليسرى بأحكام وقوة .

2- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد .

3- افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة وارخها وضعها في مكان مريح مسند الأريكة، لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل .

- كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى والاسترخاء الذي ينجم عنه. بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى وإلى أن تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي لتتمكن من ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .

- كرر هذا التمرين (الشد والارتخاء) مع بقية العضلات الأخرى.

- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضوا عضوا بالطريقة السابقة .. سيمكنك في المرات اللاحقة استغراقة في وقت أقل .

- اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي في مناطق معينة على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض في حالة استرخاء العضو .

- من المهم أن تستخدم (الحديث الإيجابي الذاتي) مثل يمكن أن أتغلب على هذه الصعوبة أكثر من الناس الآخرين. والتركيز الفكري لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة؛ لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء العضلي بالطريقة السابقة إذا وجدت أن تفكيرك يهتم بموضوعات أخرى راجعة إراديا إلى الإحساس بالجسم .

- لا تيأس إن عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء فان التكرار من شأنه إن يمكنك من ضبط حالة استرخاء عاجلا او آجلا .

- إبدال نظرة اليأس بالتفاؤل والأمل والانطواء بالتحدث إلى زميلاتي المريضات، فان بث المشاعر والانفعالات يقرب من الشفاء والتأكيد على أهمية مواجهة فرص التعايش معه وأن توجد شعاع الأمل والشفاء والنظرة للجانب المشرق من الحياة ! فذلك سيخلق الأمن والطمأنينة ويعزز المعنوية العالية.

- استراحة أفطار.

الأدوات : ورق قلاب ،أقلام ،ملحقات بالتمارين الاسترخاء العضلي والفكري .

الواجب المنزلي : التدرب على تمارين الاسترخاء في المنزل .

الجلسة الرابعة :

الموضوع :- إعادة تشكيل القيم

الأهداف :-

1- أن تتعرف المريضات على الفرضيات التي يؤمن بها عن العالم (مشاكلهن – ومشاعرهن – ومعتقداتهن والنظر في حياتهن) .

2- أن يطورن المريضات استبصارات جديدة وإعادة تركيب القيم والاتجاهات .

3- مساعدة المريضات في أخذ ما تعلمنة عن أنفسهن ثم يضعنة موضع التنفيذ.

الزمن : 60 دقيقة

تمرين الإحماء : حركات متتالية .

الإجراءات : في هذه الجلسة تكلف الباحثة المريضات برسم شجرة حياتهن بحيث تمثل الجذور الأسرة التي تنتمي إليها والتأثيرات القوية التي ساهمت في تشكليها إلى الآن .

- في حين يمثل الجذع بنية حياتهن اليومية ويمكن ذكر جوانب العمل لأفراد الأسرة – التعليم – أماكن دينية .
- تمثل الفاكهة إنجازاتهن.
- وتمثل الأوراق آمالهن المستقبلية .
- تمنح المريضات فرصة الرسم بعد ذلك نسأل المريضات إن كان أي منهن تود مشاركة شجرة حياتها مع المجموعة .
- إن تطوعت المريضات بمشاركة الرسومات نعمل على التركيز على العناصر الإيجابية في شجرة الحياة.
- استراحة أفطار

الواجب المنزلي :-

- ما الضائع؟ وما المتغير؟ وما المكتسب؟
- نوضح للمريضات بالأمور الإيجابية التي تنتج عن الظروف الصعبة وانه على الرغم من صعوبة الفقدان أو التغيير إلا إنه بالأمكان العثور على أمور جيدة في جميع الأوضاع . نذكر مثالا أو اثنين على كلامنا .

الأدوات :- كرتون ، أقلام، ألوان، لاصق.

الجلسة الخامسة :

الموضوع : إعطاء معنى للحياة

الأهداف :-

1- مساعدة المريضات على إيجاد معانٍ في حياتهن كالمواجهة والجرأة والشجاعة والأمل والمسؤولية .

2- مقاومة المريضات لأفكار الضياع وعدم الوجود والفراغ والملل .

الزمن :- 60 دقيقة .

تمرين الإحماء :- العقده البشرية.

الإجراءات :-

1- مناقشة الواجب المنزلي المعطى للمريضات .

2- تقوم الباحثة بعرض مقاطع من أشرطة فيديو تحت عناوين:

- قوة الإدارة .
- بعض ما علمتني الحياة .
- آن الأوان للتغيير وتحقيق الأهداف ... والعزيمة والإصرار .
- دقيقة ونصف تغير من تفكيرك للأبد لوكزت فيهن (جدد حياتك) .
- ادخل وتعلم قوة الإدارة .
- أنت تصنع واقعك .
- الحياة أمل .
- لكل من فقد الأمل بالحياة أهديه هذه .
- قيمة الذات .

- تقوم الباحثة بإدارة حوار ونقاش حول المواضيع التي تناولتها أشرطة الفيديو مع المريضات

- تقوم الباحثة بتوزيع نسخ من (CD) على المشاركات تتضمن مضامين الأشرطة .
- أستراحة أفطار.

الأدوات : جهاز كمبيوتر – شاشة عرض – (CD) .

الواجب المنزلي :- الطلب من المريضات مشاهدة (CD) بشكل متكرر كل أسبوع مرة على الأقل .

الجلسة السادسة :

الموضوع : الشبكة العلاجية

الأهداف :

1- زيادة الاهتمام الاجتماعي والأسري .

2- عدم التردد في التعرف على الآخرين وتكوين علاقات جديدة .

الزمن:60 دقيقه

تمرين الإحماء : لعبة دق القلم.

الإجراءات :

- تطلب الباحثة من المريضات المشاركات ان يقمن بالدق على الطاولة بالقلم بشكل عشوائي.

- ثم تطلب منهن الدق مره أخرى مع بعض ولكن بعد العد لهن 1-2-3 الان ابدأن بالدق على الطاولة .

- تطرح الباحثة الأسئلة التالية على المريضات وأفراد أسرهن المشاركين في الجلسة.

1. ماذا نستنتج عندما عزفنا بطريقه متناغمة ؟
2. برأيكم ما الفرق بين الطريقتين في العزف ؟
3. قارني بين دق القلم وبين العلاقات الأسرية ؟ماذا كان شعورك ؟ولماذا؟
4. كيف ننمي الحوار حتى ننمي العلاقات الأسرية ؟
5. هل أسرتنا مثل المقطوعة الأولى أو الثانية؟

- تدير الباحثة حواراً مع المريضات وأفراد أسرهن عن العلاقات الأسرية، وان العلاقات الأسرية الناجحة هي مثل لعبه دق القلم فكلما كانت العلاقات منسجمة مع بعضها بعضاً بين أفراد الأسرة الواحدة فإنها كأنغام مرتبه ومنظمه ومتوازنة وكلما كانت العلاقات تشوبها التوتر والفرقة فإنها كأنغام دقه القلم التي لا تكون مريحة ومزعجه.

- ثم تعرض الباحثة رسمه على المشاركات من أهل المريضات ونطلب منهن وصف ما يشاهدن من مكان جلوسهم ثم يطلب منهن استبدال الأماكن مع المريضات بحيث يرى الأهل الأحرف أو الرسمة من زوايا مختلفة وفي النهاية جميع الإجابات على الأسئلة صحيحة والآن اربطوا هذا النشاط بواقعكن كأفراد أسرة.

- تقوم الباحثة بتقسيم أهل المريضات إلى مجموعه والمريضات إلى مجموعه ثانيه .ثم يطلب منهن وضع القواعد التي يجب تطبيقها لتنظيم العلاقة الأسرية لاستمرار الدعم العاطفي لكلا الطرفين .

- تقوم الباحثة بدمج المجموعتين مع بعض للخروج بقواعد مشتركه لتنظيم العلاقات الأسرية.
- استراحة أفطار.

الأدوات : أقلام ملونه ،أوراق ،كرتون.

الواجب المنزلي: سؤال للمريضات وللأهل ماذا أضافت هذه الجلسة لهن؟

الجلسة السابعة :-

الموضوع:- المواجهة

الأهداف :-

- أن تعي المريضات أن الموت والحياة متلازمان .
- أن تعي المريضات أن الخوف من الموت يشكل حقيقة إنذار استيقاظي إيجابي يساعدنا لأن نحيا كل يوم حتى منتهاه .

الزمن : 60 دقيقة

تمرين الإحماء :- المرآة .

الإجراءات :- تدير الباحثة حواراً مع المريضات حول الحياة والموت، فالموت ليس ظاهرة سلبية وأن الوعي بالموت حالة إنسانية أساسية تعطى أهمية لوجودنا. والميزة الإنسانية المركزية هي القدرة على أن تستوعب حقيقة المستقبل وفي الوقت نفسة حتمية الموت ، فمن الضروري أن تفكر بالموت إذا أردنا أن نفكر بأهمية الحياة وروعة المعيشة .

ولا يجب النظر إلى الموت على أنه تهديد، بل يعطينا الدافعية حتى نعيش كأس الحياة بكاملة مفيدين من كل فرصة لنعمل أشياء ذات معنى .

وإذا حاولنا أن نرفض فكرة حتمية الموت والفناء فسوف تصبح الحياة دون معزى وفاقدة لأي هدف وطموح ولكن عندما نؤمن بأننا سنصير إلى الفناء إضافة إلى أننا ماضون حتى نكمل كل مشاريعنا، لهذا فإن الحاضر أساسي وحساس ومهم من هنا ندرك أن الوعي بالموت هو منبع الحماس نحو الحياة والإبداع فالموت والحياة متلازمان يكمل أحدهما الآخر.وعلى الرغم من أن الموت الجسماني يدمرنا فإن فكره الموت تنقذنا .

- وبتقبل الموت الحتمي نبدأ بتقييم أفضل لأدائنا مع وجود خيارات متعددة حينها نشعر بالمسؤولية المطلقة في العيش بأفضل ما يمكن .
- أستراحة أفطار.

الأدوات المستخدمة :- أوراق وأقلام

الواجب المنزلي :-

- أن تذكر المريضات قصصاً من واقع الحياة والمجتمع عن الحياة والموت مع ذكر العبرة والجوانب الإيجابية من القصة.

الجلسة الثامنة :-

الموضوع :- النموذج (النمذجة)

الأهداف :-

- أن تطلع المريضات على تجارب مصابات بسرطان الثدي وصراعهن مع المرض .
- إعطاء نظرة تفاؤلية ورؤية مستقبلية لحياة المريضات .

الزمن : 60 دقيقة

تمرين الإحماء :- الهاتف.

الإجراءات :-

- تقوم الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي مع المريضات .
- تقوم الباحثة بتقديم ضيفة مصابة بسرطان الثدي وهي (فلانة) تعتبر من الناجيات من المرض .
- تترك الباحثة المجال للضيفة وللمريضات للمناقشة والإطلاع على تجارب الضيفة والصعوبات ونقاط التحول في حياتها وكيف واجهت المرض .... الخ
- أستراحة أفطار

الأدوات المستخدمة :- أوراق - أقلام .

الواجب المنزلي :- اكتبي ثلاثة أشياء أعجبتِ بها من خلال الحوار مع الضيفة وما الجديد الذي أضافتة لك؟

الجلسة التاسعة :

الموضوع :- التكيف والطريق نحو التعافي .

الأهداف :

1- إرشاد المريضات كيف يبقين قويات وقادرات على القيام بوظائفهن عندما تواجههن محنة شديدة، وما هي العوامل التي تساعدهن على مواجهة الصعوبات وتخطيها ؟

الوقت :- 60 دقيقة

تمرين الإحماء :- شهيق وزفير.

الإجراءات :-

- تقوم الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي.
- ثم بتوزيع المشاركات على مجموعات عمل خمسة كحد أعلى .
- تطلب الباحثة من المشاركات (المريضات) التأمل في تجاربهن الشخصية ومحاولة تحديد كيف بقين قويات / أو تعافين بعد فترة من الصعوبة أو التوتر العاطفي .
- رغم أن الهدف من هذا التمرين هو التركيز على عمليات التكيف والتعافي إلا أنه قد يكون تمريناً صعباً على المستوى العاطفي نسأل كل مجموعة إن كان هناك عضوان أو ثلاثة فيها مستعدات للحديث عن قصصهن (من الطرق الأخرى للقيام بهذا عدم الكشف عن الحدث /القصة نفسها، بل عملية التعافي فقط).
- كتابة كل عملية يتم التعرف عليها كعنصر مساعد على التكيف والتعافي على قطعة كبيرة من الورق لكل مجموعة .إدارة حوار بين الباحثة والمشاركات عن هذه العمليات .

باعتماد القدرة على التكيف على عوامل داخلية وخارجية، على الرغم من أن بعض هذة العوامل متأصلة إلا أنه بالإمكان تنمية كثير غيرها وتقويتها وفيما يلي بعض الصفات الدالة على القدرة و التكيف والتعافي .

- الشعور بالأمان العاطفي والجسدي.
- الشعور بالسيطرة على المحيط البيئي.
- الشعور بالانتماء الاجتماعي إلى مجموعة العالم الأكبر.
- امتلاك أهداف في الحياة والقدرة على تخيل المستقبل وبعد النظر المستقبلي.
- القدرة على فهم الأزمات واستنباط المعاني من الأحداث والمتغيرات الاجتماعية.
- السيطرة على الذات .

- الثقة بالنفس والثقة بالآخرين.

- أستراحة أفطار.

الأدوات المستخدمة : - أقلام ملونه ،كرتون ،لاصق .

لجلسة العاشرة :

الموضوع :- الحرية والمسؤولية

الأهداف :-

- أن يدركن المريضات بأنهن مسؤولات في إدارة دفه حياتهن .

- إن يحاولن المريضات امتلاك الحرية لاختيار البدائل ليبرزن الدور الفعال في تشكيل مصيرهن .

الوقت :- 60 دقيقة

تمرين الإحماء : السلطان وكاسات العسل.

الاجراءات:-

- تقوم الباحثة بعرض تقديمي لقصة عن المسؤولية ثم تقوم بتعريف المريضات على مفهوم المسؤولية والحرية .

- التعرف على معيقات الحرية كالاتكالية والكسل وقلة التجارب الحياتية ونقص الثقة بالنفس والخوف من الفشل .

- وتعرض الباحثة أهمية المسؤولية :

1- تزيد من الخبرة

2- تهيئك لتكوني قائداً

3- تساعدك في تحديد أهدافك لأنك بتحمل الأعباء ستنطلقي نحو هدف محدد .

4- تمنحك الاستقلالية من خلال التحكم بتنظيم الشؤون الخاصة وبالتالي لا نكون رهينة لظروف وأوقات من يقوم بها نيابة عنا.

- ثم تقدم الباحثة لبعض الإرشادات لتكون مسؤوله ناجحة ثم يدار نقاش حول صورتين من المسؤولية: شخص مسؤول ويتحمل المسؤولية وشخص آخر غير مسؤول ويهرب من المسؤولية .

- أستراحة أفطار.

الأدوات المستخدمة : شاشة عرض ، أقلام ، أوراق

الواجب المنزلي : يُطلب من المريضة كتابة موقف تفتخر به من حياتها وكيف تتحمل المسؤولية؟ أو قرار اتخذته بحرية.

الجلسة الحادية عشرة :-

الموضوع : – الجانب الروحي

الأهداف :-

- تنمية الجانب الروحي لدى مريضات سرطان الثدي.
- تنمية الوازع الديني لدى مريضات السرطان.
- أن تتعلمن الصبر على البلاء .

الزمن:_ 60 دقيقة

تمرين الإحماء : لعبة الدومينو .

الإجراءات :-

1- تقوم الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي مع المريضات.

2- تبدأ الباحثة الجلسة بتعريف الصبر وحبس النفس على فعل شيء أو تركه ابتغاء الأجر من الله تعالى وأنواع الصبر كثيرة منها:

أ- صبر على طاعة الله .

ب-صبر على عدم معصية الله .

ج- صبر على قدر الله تعالى وهذا النوع هو الذي سوف نتحدث عن درجاته :-

- بدني اختياري (كتعاطي الأعمال الشاقة).
- بدني اضطراري (كالصبر على الألم).
- نفسي اختياري كالصبر على النفس عن فعل ما لا يحسن فعله شرعاً ولا عقلا.
- نفسي اضطراري كصبر النفس عن فقدان محبوبها الذي حيل بينها وبينه ومجالات الصبر كثيرة كالصبر في الحياة الدنيا والصبر على مشتهيات النفس والصبر على الطاعة ... الخ

وثمة معينات على الصبر وهي :-

2- المعرفة بطبيعة الحياة الدنيا / إن من عرف طبيعة الدنيا وما جبلت عليه من المشقة والعناء هان عليه ما يبتلى به فيها لأنه وقع في أمر يتوقعه والشيء من معدنه لا يستغرب حيث خلقنا في كبد (مشقة وعناء) فمن لا يعرف هذه الحقيقة سيفاجأ بوقائع الأحداث تصب على رأسه صباً فيظن أنه الوحيد من بين الناس الذي يصاب بذلك لشؤمه وسوء حظة لأنه ما علم أن لكل فرحة ترحه وما كان ضحك إلا كان بعده بكاء وما ملئت بيت

حبره إلا مليء عبره، وما ملئت دار من السرور إلا ملئت من الحزن

ولو فتش العالم لم يَر فيه إلا مبتلى أما بفوات محبوب أو حصول

مكروه وسرور الدنيا أحلام نوم أو كظل زائل إن أضحكت قليلاً أبكت

كثيراً، وإن سرت يوماً أساءت دهراً وإن متعت قليلاً منعت طويلاً .

- معرفة بأنك أنت وما تملك هو ملك لله تعال ومرجعك إليه .
- وتدير الباحثة حواراً حول ذلك مع المريضات .
- ثم تقوم الباحثة بتقسيم المجموعة إلى ثلاث مجموعات صغيرة وتوزع عليهن بطاقات من أقوال بعض الفلاسفة للمعرفة آرائهن.
- برناردو شو (يلوم الناس ظروفهم على ما هم فيه من حال .... ولكني اؤمن بالظروف فالناجحون في هذه الدنيا أناس بحثوا عن الظروف التي يريدونها فإذا لم يجدوها صنعوها بأنفسهم).
- روس بروت (عندما أقوم ببناء فريق فإني أبحث دائماً عن أناس يحبون الفوز، وإذا لم أعثر على أي منهم فإنني أبحث عن أناس يكرهون الهزيمة).
- روزفلت (عليك أن تفعل الأشياء التي تعتقد أنه ليس باستطاعتك أن تفعلها) .
- بعد استعراض أقوال الفلاسفة تطرح الباحثة عليهن سؤال وهو ؟
- قالوا الفلاسفة كذا وكذا ؟

وأنتِ ماذا تقولين ؟

- وهنا تترك الباحثة للمريضات الإجابة على هذا السؤال كواجب بيتي للمرة القادمة .
- أستراحة افطار.

الأدوات المستخدمة: أقلام ، أوراق ، بطاقات ملونه.

الجلسة الثانية عشرة :-

الموضوع :- التقييم وإنهاء البرنامج.

الأهداف :-

- أن تستعد المريضات لانهاء جلسات البرنامج .
- أن تذكر المريضات مدى استفادتهن من البرنامج الإرشادي .
- معرفة ردود أفعال المريضات تجاه البرنامج الإرشادي .

الوقت : 60 دقيقة

الإجراءات :-

- مراجعة الواجب البيتي .
- تطلب الباحثة من المريضات رسم لوحة يشتركن فيها جميعاً ثم يطلب منهم كتابة مذكرات لبعضهن بعضاً.
- ثم تناقش الباحثة المريضات إيجابيات وسلبيات ما كتبنه لإبراز العوائق وطبيعة علاقاتهن معاً بعد انتهاء البرنامج ومن ثم يتم تطبيق المقاييس الثلاثة عليهن /يليها تثال الباحثة على حسن تعاون.
- أستراحة أفطار.

الأدوات المستخدمه: أقلام ملونه – كرتون .

ملحق (و)

شهادة الانجاز(حماية المشاركين في الأبحاث الإنسانية)



Certificate of Completion

The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research certifies that Suha Kharabesh **successfully completed the NIH Web-based training course "Protecting Human Research Participants".**

Date of completion: 11/20/2012

Certification Number: 1051971



ملحق (ز)

FORM B: Expedited / Full Board IRB Review

FORM B: Expedited / Full Board IRB Review	
Version	1.4
Date Approved	February 2010
For IRB Use Only	
IRB Number	
Submission Date	
Research Title	The Effectiveness of a Counseling Program based on the Existential Theory in Enhancing Psychological Flexibility, Self Acceptance and Family Relationships in A sample of Breast Cancer Patients in Jordan.
Principal Investigator	Suha Khrabsheh

Check list for a complete submission

A. **The following documents <u>must</u> be submitted so that the application will be considered as complete and an IRB number will be then generated:**

☐CV's of all Investigators and Co-Investigators whose names appear on this application form.

☐Financial Conflict of Interest Disclosure form for each Investigator and Co-Investigator whose names appear on

this application form.

☐Confidentiality Agreement for each Investigator and Co-Investigator whose names appear on this application

form.

☐The Certificate of Completion of the "Human Participant Protections Education for Research Teams" course for

each Investigator and Co-Investigator whose names appear on this application form.
http://phrp.nihtraining.com/users/login.php

☐Grant Application (if any)

☐Consent Form (if any) or Request for Waiver of Consent Form **(Section2.1.6 is excluded from this point).**

☐Questionnaire or Survey (if any)

☐Data Collection Sheet (if any)

☐Other study related documents such as Investigator's Brochure, other Institutional IRB Approvals, Flyers, Advertisement... etc (if any). This should be identified by version and issue date.

B. **Please NOTE the followings:**

- You must use the most updated IRB-form version.

- The IRB form is to be electronically completed (it cannot be hand written).

- The IRB form must be signed by ALL investigators and co-investigators properly.

- Upon completion of the submission process, the study will be assigned an **IRB-proposal number,** without this number, the study will not undergo any review from the IRB

For more help, please contact the IRB office on:

Tel : (+9626) 5300460 Ext 1669

Email: irboffice@khcc.jo

Contents

(1) Study team

1.1 Principal Investigator(s)*:

*** A Principal Investigator (PI) is that individual who conducts a research project, OR under whose immediate direction research is conducted, OR he is the leader of a research program or team.**

Please note that the IRB forms do not serve as a document for authorship. PI's role as defined above is for the purposes of conducting and supervising research and is not for the purpose of defining authorship. The number and order of authors as might appear on any subsequent publication is subject to agreement within the research team.

Principal Investigator from outside KHCC: Suha Khrabseh	Signature:
Role: conducting the program and admisitrating scales	

Principal Investigator from KHCC:	Department:	
Telephone Number:	Fax Number:	
E-mail address:		
Role:		
Signature of the KHCC PI:	Date:	
KHCC Department Chairman Name:	Signature:	Date:

1.2 Co-Investigator(s)

Co-Investigator	Department	Telephone	E-mail	Role	Signature/date

Signature of all Co-investigators acknowledges that they are thoroughly familiar with the contents of this research and pledge to assist the PI in protecting the privacy and the rights and welfare of human research subjects.

1.2.1 Chart Reviewer:

The PI must define a chart reviewer. He /she will be responsible for collecting patients' data from the medical records.

Signature:

Signature:

Signature:

Signature:

Signature:

Signature:

Chart-Reviewer:

Chart-Reviewer:

Chart-Reviewer:

Chart-Reviewer:

Chart-Reviewer:

Chart-Reviewer:

1.3 Research Office: *Information about Research Staff is intended to facilitate communication.*

Clinical Research Coordinator CRC:	Telephone Number:
	E-mail address:
Biostatistician:	Telephone Number:
	E-mail address:

(2) Expedited Review

Research activities that present no more than minimal risk to human subjects AND would not reasonably place the subject at risk of minimal civil liability, or be damaging to the subject's financial standing, employability, insurability, reputation, or be stigmatizing AND involve only procedures falling under one of the categories below qualifies for expedited review

2.1 The protocol must qualify under one of the following categories:

(Please mark the appropriate category):

2.1.1 ☐**Clinical studies of drugs** only when an investigational new drug application is not required (research on marketed drugs that significantly increases the risks or decreases the acceptability of the risks associated with the use of the product is not eligible for expedited review.)

2.1.2 ☐**Research on medical devices** for which an investigational device exemption application is not required or the medical device is cleared/ approved for marketing and the medical device is being used in accordance with its cleared/approved labeling.

2.1.3 ☐**Collection of blood samples** by finger stick, heel stick, ear stick, or venipuncture from healthy adults or from select subject types;

2.1.3.1 ☐ Healthy non-pregnant adults who weigh at least 50 Kg. For these subjects, the amount drawn must not exceed 550 ml in an 8 week period and collection may not occur more frequently than 2 times per week OR

2.1.3.2 ☐ Other adults and children, considering age, weight and health of subjects, the collection procedure, the amount of blood to be collected, and the frequency of with which it will be collected. For these subjects; the amount drawn may not exceed 50ml or 3ml per Kg, whichever is less, in an 8 week period and collection may not occur more frequently than 2 times per week.

2.1.4 ☐Prospective collection of biological specimens for research purposes by **noninvasive means.**

2.1.4.1 ☐Hair and nail clippings in a nondisfiguring manner

2.1.4.2 ☐Mucosal and skin cells collected by buccal scraping or swab, skin swab, or mouth washing.

2.1.4.3 ☐Deciduous teeth at time of exfoliation

2.1.4.4 ☐Permanent teeth if the routine patient care indicates a need for extraction

2.1.4.5 ☐Supra and sub-gingival plaque and calculus, provided that the collection procedure is not more invasive than routine prophylactic scaling of teeth and the process is accomplished in accordance with accepted prophylactic techniques

2.1.4.6 ☐Excreta and external secretion (excluding sweat)

2.1.4.7 ☐Uncannulated saliva collected either in an unstimulated way or stimulated by chewing gumbase or wax or by applying a dilute citric acid solution to the tongue.

2.1.4.8 ☐Sputum collected after saline nebulization.

2.1.4.9 ☐Placenta removed at delivery

2.1.4.10 ☐Amniotic fluid obtained at the time of rupture of membrane prior to or during labor

2.1.5 ☒**Collection of data through noninvasive procedures** (not involving general anesthesia or sedation) routinely employed in clinical practice, excluding procedures involving x-rays or microwaves.

2.1.6 ☒**Research involving materials (data, documents, records, or specimens) that have been collected, or will be collected solely for non-research purposes** (such as medical treatment or diagnosis). Some research in this category may be exempt from any IRB review.

2.1.7 ☐**Collection of data from voice**, video, digital, or image recordings made for research purposes.

2.1.8 ☒**Research on individual or group characteristics or behavior.**

2.1.9 ☐**Continuing review of research previously approved by the convened IRB** and where the research is permanently closed to the enrollment of new subjects, all subjects have

completed all research-related interventions, and research remains active only for long-term follow-up of subjects. Alternatively, if this continuing review is for research in which no subjects have been enrolled and no additional risks have been identified, or the remaining research activities are limited to data analysis, expedited review can also be applied.

2.1.10 ☐ **Continuing review of research, not involving an investigational drug or device,** where the IRB has determined and documented at a convened meeting that the research involves no greater than minimal risk and no additional risk have been identified.

2.2 Assessment of risk level of your project;

Above than minimal risk	☐ Yes	☐ No
At the level of minimal risk	☐ Yes	☐ No
Lower than minimal risk	☒ Yes	☐ No

If it qualifies at "more than" minimal risk, then the protocol is NOT Expedited, and should undergo Full-Board Review

(3) Research Summary

3.1 Research Title:

3.2 Purpose of the Study:

☐ Poster/ Oral Presentation at Conference.

☐ Research Paper for Publication.

☐ Master Degree

☒ Ph.D. Degree

☐ Others

3.3 Introduction/Rationale/Background:

3.6 Secondary Objectives:

3.7 Primary and Secondary Study Endpoints:

3.8 Study Design:

Quasi experimental based on two groups (Experimental and control), pre and post measures after admisnitrating the program

3.9 Statistical Considerations:

none

3.10 References:

3.11 Phase of the Study ☒Not Applicable ☐I ☐II ☐III ☐IV ☐Pilot

3.12 Other sites where the research will be performed:

3.13 Estimated duration of total project after IRB approval:

12 sessions

(4) Funding

4.1 Is there any Fund for your project?

☐**Yes,**

Name of the funding Agency:

Date of Grant submission:

☒**No**

Describe how your project will be financially covered will be funded by me only

(5) Subject Profile

5.1 Estimated total number of subjects (including control subjects)

KHCC: 40	Other:	Overall target accrual:

5.2 Subject Characteristics (Check all that apply)

☒ Inpatient

☐ Outpatient

☐ Healthy Volunteers

☐ Controls

5.3 Total Duration of each subject involvement

3 weeks

5.4 Is there "vulnerable population(s)" among the research subjects?

☒ None

☐ Children (age < 18 years)

☐ Mentally disabled (decisionally-impaired) persons

☐ Women with child-bearing (reproductive) potential

☐ Pregnant or lactating women

☐ Fetus (ex utero)

☐ Fetus (in utero)

☐ In vitro fertilization

5.5 Is there "population who are susceptible to coercion" among the research subjects?

☒ None

☐ Economically or educationally deprived

☐ Patients of the investigator

☐ Students of the investigator

☐ Employees of the investigator

☐ Others. Specify

5.6 Inclusion and Exclusion criteria

5.6.1 Inclusion Criteria

Women with breast cancer only

5.6.2 Exclusion Criteria

Non Jordanian women

5.6.3 Justification for inclusion of "vulnerable" or "susceptible to coercion" subjects, if applicable

(6)Recruitment

6.1 Describe the recruitment strategy that you will use. Kindly include a copy of any recruitment material, i.e; advertisement, email, phone call script... etc.

Will admisitrate scales to find that women are applicable for the purpose of the study then distribute them on both control and experimental groups.

6.2 Who will approach the subject?

I my self (The researcher)

6.3 How will the PRIVACY of the subjects be guaranteed?

All information and data will be handedled confidentially and no names or telephone numbers or pictures will be included

6.4 Will the subjects be receiving any compensation for their participation?

☐ Yes, please specify

☒ No

(7)Informed Consent Process

7.1 Where, and under what circumstances, will informed consent be obtained from the study subjects?

Written conents after explaining the purpose of the study.

7.2 Who will obtain the informed consent?

Patients and I will receive them myself

7.3 If children are among the research subjects, what criteria will be used to determine whether or not their assent to participate should be obtained?

7.4 ***<u>For interventional studies only</u>***

It is the responsibility of the Primary Investigator to asses the comprehension of the consent and the research processes, and to enroll only subjects who can demonstrate comprehension of the research study. KHCC-IRB regulations require that the Principal Investigator should ask the subject open ended questions (not Yes/No); please state the questions that you'll be asking the subjects:

(8)Confidentiality of Data

8.1 Will Data identifying the research subjects be available to anyone other than the Principal Investigator and the study team listed in section 3?

☐**Yes,** *explain who will have access to the information.*

This information needs to be cited in the consent form.

☒**No**

8.2 Will Data identifying the research subjects be coded?

☐ **No**

☒ **Yes,** *explain who will have access to the code patients will be given codes such as P1, P2 etc...*

(9) Risks and Benefits

9.1 Describe the nature and degree of the risk expected during the study, *this risk should be clearly stated in the consent form. This includes both physical and/or social risks.*

No risks at all

9.2 Describe the procedures or precautions that will be taken to minimize the risk.

All procedures will be clear, easy and well discussed

9.3 Describe the potential benefit to the subject. *Note that treatment and financial compensation are not benefits for the subjects.*

Reduce their stress and enhance their psychological flexilbity and family relations

9.4 Describe the potential benefit to the society or the local community.

New research witinh an new method to counsel breast cancer patients.

(10) Research Procedures

Check all those apply and proceed to the corresponding section(s) when applicalble:

10.1 ☐ Biological Samples

10.2 ☐ Any Surgical Process

10.3 ☐ Placebo

10.4 ☐ Administration of approved/unapproved drug, chemical or biological agent

10.5 ☐ Administration of approved/unapproved device

10.6 ☐ Radioisotopes or any other source of ionizing radiation including X-Rays

10.7 ☐ Recombinant human gene transfer

10.8 ☐ Biological Toxins

10.9 ☐ Infectious agents

10.10 ☐ Embryonic stem cells

10.11☐ Genetic Analysis

10.12☐ Administration of physical stimuli

10.13☐ Major changes in diet, exercise or sleep

10.14☐ Use of medical records

10.15☐ Possible invasion of privacy of subject or family

10.16☐ Any probing for personal or sensitive information through survey or interview

10.17☒ Others. Specify trainaing program to face breast cancer problems

(11)Biological Samples ☒Not Applicable

There is the possibility of using the biological samples collected in this study in future research. when this possibility arises in the future ,the PI should be informed ; a new IRB proposal /modification of previously submitted proposal is to be submitted and patients will be consented if needed.

11.1 If the study includes biological samples, were these samples collected for this study or previously archived?

☐Tissues collected for this study

☐Archived tissues

11.2 Will the research project include blood drawing, bone marrow biopsy or sampling biopsy of other tissues?

☐ **No**

☐ **Yes,** *please specify the followings:*

Sample Type	
Removal Frequency	
Size/Amount Removed at each session	
Overall Size/Amount Removed for the whole study	

11.3 Will part or the entire sample be sent outside KHCC?

☐ No

☐ **Yes,** *please specify; place, person, purpose...etc?*

11.4 Will the sent sample contain subjects' identifiers?

☐ No

☐ **Yes,** *Please explain the measures to be taken to guarantee subjects' data confidentiality. Then an agreement should be written between KHCC and the external organization to guarantee subjects' data confidentiality.*

11.5 Will these samples be stored for future use?

☐ No

☐ Yes.

(12)Tissue and Sample Storage ☐Not Applicable

12.1 What is the purpose of storing the sample and for how long?

12.2 What identifiers will the sample have?

☐ **No identifier:** *means that the sample donor can never be identified*

☐ **Coded identifier:** *means that there will be a linked-code that can be broken. This could be kept with third person e.g.* ***research coordinator*** *who will have the identifier code; in this case an agreement should be written to regulate code breaking rules*

☐ **Others, please specify**

12.3 Will the Principal investigator be the custodian on the sample?

☐ Yes

☐ **No,** *in this case an agreement or policy should be written to guarantee subjects' data confidentiality*

12.4 Will storage of the sample be clearly explained to the patients and included in the consent form?

☐ Yes

☐ No

(13)Genetic Analysis ☐Not Applicable

13.1 What is the specific purpose of the genetic analysis?

13.2 Will part or the entire sample be sent outside KHCC?

☐ No

☐ Yes, *please specify; place, person, purpose...etc?*

13.3 Will the sent sample contain subjects' identifiers?

☐ No

☐ Yes, *Then an agreement should be written between KHCC and the external organization to guarantee subjects' data confidentiality.*

13.4 Discuss the potential for psychological, social, and/or physical harm that could result from participation in this research. In your discussion, consider following aspects:

- Risk to Privacy
- Confidentiality
- Paternity Status
- Social Stigma
- Insurability
- Employability
- Educational Opportunities
- Immigration Status

13.5 Will the subjects be offered any type of genetic counseling or education? If so, who will provide that and under what conditions? If there is the possibility that a family's pedigree will be presented or published, please describe how you will protect family members' confidentiality.

13.6 If the entire sample will not be used during the course of this research study, will the remaining tissue be discarded? If not, what will be done with the remaining sample after study completion and how long will the sample be kept?

13.7 If the subjects withdraw, explain how their samples will be handled (Destroyed, anonymized, etc)?

13.8 If the subjects withdraw, explain how the data obtained from their sample will be handled e.g. Deleted?

13.9 Will the results of specific tests of the study be revealed to the research subject? Explain why or why not?

(14)Use of Drugs or Biological Products ☒Not Applicable

14.1 Drug Identification

Generic Name	Trade Name, If any	Manufacturer	Form of Administration	Maximum Tolerated dose in Humans	Procedures to minimize adverse events in humans

14.2 Is the study drug or agent an Investigational New Drug (IND)?

☐ **Yes,** *please give* **IND Number**

☐ **No**

14.3 Will the drug be used for an unapproved indication by the FDA?

☐ **Yes,** *describe the indication*

☐ **No**

14.4 Will the drug be used for an unapproved indication by the JFDA?

☐ Yes, *describe the indication*

☐ No

14.5 If women with reproductive potential are involved, what measures will be taken to avoid that the drug or the product may harm a potential fetus or off-spring?

(15)Use of Device ☐Not Applicable

15.1 Device Identification

Device Name	
Manufacturer	

15.2 Is the study device an Investigational Device Exemption (IDE)?

☐ **Yes,** *please give* **IDE Number**

☐ **No**

15.3 Risk Categories

☐ Significant risk

☐ Non-Significant Risk

(16)Use of Questionnaire or survey ☐Not Applicable

16.1 What is the method that you will be using to collect information?

☒Project-specific survey instruments;

☐Standardized tests;

☐Face-to-face interviews;

☐Interviews by telephone;

☒Group meetings

☐Other, *please specify*

16.2 How will the privacy of the subjects be secured while collecting information?

No information about personal issues will be discussed in public and instruments will be coded.

16.3 Is the nature of the information to be collected would place the subjects providing the information at risk of criminal or civil liability, or be damaging to their financial standing, employability or reputation, if such information are revealed?

no

16.4 Will the survey instruments, audio or video recordings carry any identifiers that could link the information to the subjects?

ملحق (ح)

Financial Conflicts Of Interest Disclosure Form

Proposal title: **The Effectiveness of a Counseling Program based on the Existential Theory in Enhancing Psychological Flexibility, Self Acceptance and Family Relationships in A sample of Breast Cancer Patients in Jordan.**

Do you or any member of your family or any associated entity such as a family-owned business have a significant financial interest in a business or other outside entity that relates to your activities at KHCC?☐ **Yes** ☒ **No**

Have you or they, since you last disclosed on this form, received financial benefit in money or in any other kind from an outside entity the activities of which relate in any way to your activities at KHCC?
☐ **Yes** ☒ **No**

If you check **NO** to #1 or #2: sign and date this form and return it to the IRB office.

If you check **YES** to #1 or #2: kindly complete below:

Name of business or outside entity: ____________________

Address: ____________________

Non-Profit ☐ **For Profit** ☐

A. You or your family's financial interest in the business or outside entity. Please check all applicable items.

Consulting income ☐

Stock, stock option, partnership share or other ownership interest ☐

Service in an executive position for a business ☐

Salary for other employee position ☐

Payments supported by commercial entities for commissioned papers, lectures or expert testimony. ☐

Royalties for inventions or publications ☐

Gifts, gratuities, favors or anything of monetary value ☐

Other conducts requiring disclosure. ☐

B. Your activities at KHCC that might relate to the activities of the business or outside entity.

Conduct research supported by or involving technology owned by the business. ☐

Assign or supervise the work of students, fellows or other faculty engaged in such research. ☐

Make or influence administrative or supervisory decisions regarding purchasing by, or contracting on behalf of KHCC, or managerial, supervisory, or advisory functions related to the conduct of sponsored programs. ☐

Service on an internal or external body with jurisdiction to award or distribute government funds (e.g., government agencies, private professional or regulatory bodies) where participation would reasonably appear to be influenced by the business interest or consulting relationship. ☐

C. Please elaborate on above checked statements in A and B on a separate page.

I have read KHCC Policy of Financial Conflicts of Interest and the answers on this form are accurate to the best of my knowledge. I will update this disclosure promptly if any circumstances change. I understand that outside activities that could create a conflict of commitment require the prior approval of the IRB Chairman* and could require the approval of the Director General.

______________	______________	______________
Name	**Signature**	**Date**

Please return this form to the following address for processing:

King Hussein Cancer Center / Institutional Review Board (IRB)

irboffice@khcc.joE-mail: **Fax: (+962) 6 5353001** **Tel: (+962) 6 5353000 Ext. 1669**

ملحق (ط)

إقرار بالموافقة على بحث بدون فائدة مباشرة للمشاركين

Informed Consent for Research with Survey or Questionnaire

ملاحظة للباحث: يرجى الأخذ بعين الاعتبار أن بعض المصطلحات والنقاط الواردة في هذا النموذج ممكن ألا تتناسب وطبيعة لدراسة التي ستقوم بها. يرجى الاتصال باللجنة المؤسسية للمشورة بكيفية تحوير (تعديل) هذا النموذج ليتناسب أكثر وطبيعة دراستك.

عنوان البحث : --فاعليه برنامج ارشادي مستند الى النظريه الوجوديه في تحسين المرونه النفسيه وقبول الذات والعلاقات الاسريه لدى عينه من النساء المصابات بسرطان الثدي في الاردن------------------------

----

الجزء الأول – معلومات للمشارك في البحث:

أ. الغرض من البحث:

------التعرف الى فاعليه برنامج ارشادي يدرب المشاركات على بعض المهارات والاساليب الارشاديه لتحسين مرونتهن النفسيه وقبول الذات والعلاقات الاسريه -------------------------------------

----

ب.وصف البحث:

----البحث يتكون من 12 جلسه ارشاديه بمعدل جلستين في الاسبوع وبواقع ساعه لكل جلسه ارشاديه وسوف يتم تحديد الزمن بالاتفاق مع المشاركات بحيث يكون وقت مناسب لهن ، يتخلل البرنامج كثير من الانشطه الممتعه والمفيده للمشاركات وسوف يتم توزيع قرطاسيه وكتيبات ------------------

ج. المدة المتوقعة للدراسة:

شهرين : المده اللازمه لانهاء الدراسه كاملة

مدة مشاركة المريض في هذه الدراسة :12 جلسه ارشاديه بواقع مرتين اسبوعين (او حسب ما يتم الاتفاق بين المريضات والباحثه)

د. عدد المشاركين بالدراسة ----20 مشاركه بالبرنامج ------------

ه. عدد المراكز المشاركة ---مركز الحسين للسرطان -----------

و. المخاطر والانزعاجات المحتملة:

حاليا لا يوجد مخاطر او انزعاجات محتمله حيث ان برنامجي ينظر الى الجانب الايجابي والنواحي الايجابيه للمريضات

الانزعاجات ممكن ان تكون عدم التزام المريضات بالبرنامج

ز. الفوائد المرجوة :

----- على مستوى المشاركات اتقانهن لبعض المهارات التي تحسن من مرونتهن النفسيه وقبول الذات والعلاقات الاسريه ،خلق جو من الالفه والمحبه. التعرف على خبرات جديده .

على مستوى مركز الحسين للسرطان يكون بالمرتبه الاولى في تطبيق مثل هذا البرنامج (حسب اطلاع الباحثه)- حيث ان هذا البرنامج لم يتم طرحه وتناوله من قبل باحثيين اخرين ،وكما تدل الدراسات بان النظريه الوجوديه من افضل النظريات الملائمه لارشاد مثل هذه الفئه ---------------------------------

---

ح. البدائل عن المشاركة (إن وجدت):

-----------------------------لا يوجد بدائل

ط. تكاليف المشاركة:

-------لا يوجد اى تكاليف ماديه تقع على عاتق المشاركات ---------------------------------

----

ي. المكافآت المالية:

------يوجد مكافات عينيه مثل القرطاسيه وجبات فطور واستراحات شاي وبدل مواصلات-----------

----

ك. التعويضات / المعالجات:

-------------------لا يوجد ---

ل. <u>المشاركة الطوعية:</u>

المشاركة في هذه الدراسة طوعيه وإذا قررت عدم المشاركة فانك لن تتعرض لأي مضايقات أو لفقدان حقك المشروع في المعالجة.

م. <u>السرية:</u>

كمشارك في هذه الدراسة ستكون هويتك والمعلومات الشخصية المجموعة في الدراسة سرية في جميع المنشورات المتعلقة بنتائج الدراسة في الحدود التي يسمح بها القانون.

ن.: <u>إنهاء المشاركة:</u>

أن قرارك بالانسحاب من الدراسة لن يؤثر على تلقيك للخدمة العلاجية المعتمدة والمتوفرة في مركز الحسين للسرطان.

- الأشخاص الذين يمكن الاتصال بهم:

- في حالة وجود أي استفسار عن الدراسة أو أسئلة محدّدة تتعلّق بهذه الدراسة وفي حالة حدوث أي مضاعفات تتعلق بالدراسة نرجو الاتصال ب خزامى كامل محمد المومني تلفون 0776976997 على هاتف رقم (المستشفى) (53004609) تحويلة رقم(1353) أو جهازخلوي رقم
- في حالة وجود أي أسئلة عامة أو أسئلة تتعلّق بحقوق المشارك عليك الاتصال باللجنة المؤسسية على هاتف رقم 5300460 فرعي 1669.

الجزء الثاني: تفويض من المشارك بالدراسة التي لا يتوقع منها فائدة مباشرة للمشارك:

اسم المشارك: --

1. أقر و أنا في كامل أهليتي المعتبرة قانونياً بأنني قد قرأت – أو شرح لي بلغة مفهومة لدي – هذه المعلومات المتعلقة بمشاركتي في هذا البحث وأن (سهى محمد خرابشه) قد أوضح لي طبيعة وأهداف هذه الدراسة والانزعاجات، كما أقر بأنه قد أتيحت لي الفرصة لتوجيه جميع الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة وتلقيت الإجابات الوافيه.

2. أفهم بأن هذه الدراسة ليس لها أي فائدة علاجية مباشرة لي ومع ذلك أتطوع بالمشاركة.

3. وأفهم بأن لي مطلق الحرية بسحب هذا التفويض وإنهاء مشاركتي بهذه الدراسة في أي وقت أشاء. كما أفهم بأن انسحابي من هذه الدراسة لن يؤثر على حقي في تلقي العناية الطبية اللازمة والتي تمنح للمشاركين بالدراسة أو استحقها في الأحوال العادية.

4. أوافق على أن يكون هذا الإقرار كمشاركة طوعيه في هذا البحث الطبي.

5. كما أؤكد بأنني قد قرأت (أو قرأ لي) هذا التفويض وأن كل المعلومات اللازمة قد تمت تعبئتها بدقة قبل توقيعي عليه.

6. أقر بأنني قد استلمت نسخه موقعه من هذا الأقرار.

7. قد يقوم الباحث الرئيس بطرح بعض الأسئله عليك بعد الانتهاء من شرح الاقرار.

8. . بهذا أتطوع للمشاركة في هذه الدراسه تحت إشراف خزامى كامل محمد المومني ، والمتضمن لما يلي: فاعليه برنامج ارشادي مستند الى النظريه الوجوديه في تحسين

توقيع المريض أو ولي الأمر: ____________ التاريخ: ____________

الاسم ____________ صلة القرابة : ____________

توقيع الشاهد: ____________ الاسم: ____________

الرقم الوطني : ____________ التاريخ: ____________

اقر بأنني قد شرحت للمتطوع/ أو ولي أمره المذكور أعلاه بصورة كاملة طبيعة وأهداف مشروع البحث المذكور والمتضمن عدم وجود فائدة مباشرة على المشارك. كما إنه من المفهوم لدي بأنه قد فهم طبيعة الدراسة والغرض منها وذلك قبل توقيعه على الموافقة بالمشاركة، ولقد قمت بتوضيح استعدادي للإجابة على أي أسئلة متصلة بهذه الدراسة، وقمت فعلاً بالإجابة الوافيه على جميع أسئلته المتعلقة بالدراسة.

توقيع الباحث الرئيسي: سهى خرابشه الاسم (طباعة): سهى محمد خرابشه

التاريخ: 2013/1/7

تمت مراجعة هذا النموذج والموافقة عليه من قبل اللجنة المؤسسية في مركز الحسين للسرطان

ملحق (ي)

كتب تسهيل المهمة



جامعة اليرموك
YARMOUK UNIVERSITY

كلية التربية
مكتب العميد

الرقم: ك ت/١٠٧/ ١٤٠٧
التاريخ: ٦ /صفر/ ١٤٣٤
الموافق: ٢٠ /كانون أول/ ٢٠١٢ م

السيد مدير مركز الحسين للسرطان المحترم

الموضوع: تسهيل مهمة الطالبة سهى محمد خرابشه

تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الطالبة سهى محمد خرابشه، ورقمها الجامعي (٢٠١٠٢٢٠٠٣٠)، بدراسة بعنوان "فعالية برنامج ارشادي مستند الى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية وقبول الذات والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن"؛ وذلك إستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في كلية التربية، تخصص إرشاد نفسي، ويستدعي ذلك تطبيق أدوات الدراسة (الاستبانه، برنامج ارشادي) على عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي.

أرجو التكرم بالاطلاع والموافقة على تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

عميد كلية التربية

أ.د. أمل خصاونة



King Hussein Cancer Center | مركز الحسين للسرطان

Institutional Review Board | اللجنة المؤسسية

Date: 22/January/2013

Dear Ms. Khuzama Momani and Ms. Suha Kharabsheh,

In reference to the proposal entitled: "The Effectiveness of a Counseling Program based on the Existential Theory in Enhancing Psychological Flexibility, Self Acceptance and Family Relationships in A sample of Breast Cancer Patients in Jordan." (Proposal No. 13 KHCC 01).

You are kindly informed that this is a provisional approval for piloting the following questionnaires:

1. مقياس قبول الذات
2. مقياس المرونة النفسية
3. مقياس العلاقات الاسرية

Kindly Note, that this proposal was exempted from full IRB review.

Kindly note that this approval is **provisional** and for piloting purposes only. The full study is NOT approved at this stage and can NOT take place yet at KHCC.

On behalf of all members of KHCC IRB, I would like to wish you a very successful study.

Dr. Maysa Al-Hussaini
Chairman, Institutional Review Board
King Hussein Cancer Center

22 JAN 2013

Date: 22/January/2013

21 1 4

The IRB consists of members of medical and non medical background including public, lawyers, nurses and pharmacists. It is the policy of the IRB to conduct random audits on a percentage of approved projects. These audits may be conducted at any time after the project starts. In cases where the IRB considers that there may be a risk of adverse events, or where participants may be especially vulnerable, the IRB may request the principal investigator to provide an outcomes report, including information on follow up of participants.
KHCC-IRB is approved by JFDA and is compliant with GCP Guidelines and national Clinical Research Law (2011).

عزيزتي المشاركة

أنا سهى خرابشه إحدى الطالبات في جامعة اليرموك تخصص الإرشاد النفسي أقوم بدراسة حول"فاعليه برنامج إرشادي مستند الى النظرية الوجودية في تحسين المرونة النفسية، وقبول الذات، والعلاقات الأسرية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي في الأردن"وذلك ،استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراة .

أرجو التكرم بتقديم المساعدة من قبلكن في الإجابة على الإستبانات وذلك بهدف تحكيم المقاييس النفسية واستخراج معاملات الصدق والثبات لها، حيث أن هذه الخطوة تأتي في مقدمة دراستي.

إجابتك على الاستبانات يستغرق (15دقيقة).الإجابات الخاصة بك سوف تحاط بالسرية ،وإن ذكر اسمك ورقم تلفونك سوف تتلف بعد الإنتهاء من هذه الدراسة.

سيتم تطبيق الإستبانات على مرحلتين بفاصل زمني مدته عشرة ايام بين التطبيق الأول والثاني، سوف يتم الاتصال معكن هاتفيا للإتفاق على مكان يوفر لكن الخصوصية لتطبيق الإستبانات للمرحلة الثانية تخبركن عنه الباحثة من داخل المركز (خزامى المومني).

المشاركة في هذه الدراسة طوعية بشكل كامل،وإذا قررت المشاركة في هذه الدراسة فلديك حرية الإنسحاب في أي وقت شئت. أيضاً لك الحق برفض الإجابة عن أي سؤال. سيكون مرحبا بك لطرح أسئلة أو الحصول على أي توضيحات.

تمت المراجعة الأولية لهذه الإستبانات من قبل اللجنة المؤسسية في مركز الحسين للسرطان.

- الأشخاص الذين يمكن الاتصال بهم:

- في حالة وجود أي استفسار عن الدراسة أو أسئلة محددة تتعلق بهذه الدراسة وفي حالة حدوث أي مضاعفات تتعلق بالدراسة نرجو الاتصال ب خزامى المومني جهازخلوي رقم 0776976997 أو على هاتف رقم (المستشفى) (5300460) تحويلة رقم(1353)
- في حالة وجود أي أسئلة عامة أو أسئلة تتعلق بحقوق المشارك عليك الاتصال باللجنة المؤسسية على هاتف رقم 5300460 فرعي 1669.



King Hussein Cancer Center	مركز الحسين للسرطان
Institutional Review Board	اللجنة المؤسسية

Date: 09/February/2013

Dear Ms. Suha Kharabsheh and Ms. Khuzama Momani,
In reference to the proposal entitled: "The Effectiveness of a Counseling Program based on the Existential Theory in Enhancing Psychological Flexibility, Self Acceptance and Family Relationships in A sample of Breast Cancer Patients in Jordan." (Proposal No. 13 KHCC 01).

You are kindly informed that the IRB has reviewed and approved the following document:

1. IRB Proposal Submission FORM B
2. Arabic consent
3. Arabic Questionnaire
4. Therapeutic sessions

Kindly Note, that this proposal was exempted from full IRB review.

Kindly note that if the study will extend beyond one year you have to submit a renewal form and an interim update on the study. At the end of the study, you are requested to submit end of study report to IRB.

Please inform the IRB office of any publications/ abstracts that may result from this study.
On behalf of all members of KHCC IRB, I would like to wish you a very successful study.

Date: 09/February/2013

Dr. Maysa Al-Hussaini
Chairman, Institutional Review Board
King Hussein Cancer Center

The IRB consists of members of medical and non medical background including public, lawyers, nurses and pharmacists. It is the policy of the IRB to conduct random audits on a percentage of approved projects. These audits may be conducted at any time after the project starts. In cases where the IRB considers that there may be a risk of adverse events, or where participants may be especially vulnerable, the IRB may request the principal investigator to provide an outcomes report, including information on follow up of participants.
KHCC-IRB Is approved by JFDA and is compliant with GCP Guidelines and national Clinical Research Law (2011).



King Hussein Cancer Center | مركز الحسين للسرطان

Institutional Review Board | اللجنة المؤسسية

إقرار بالموافقة على بحث بدون فائدة مباشرة للمشاركين

Informed Consent for Research with Survey or Questionnaire

ملاحظة للباحث: يرجى الأخذ بعين الاعتبار أن بعض المصطلحات والنقاط الواردة في هذا النموذج ممكن ألا تتناسب وطبيعة الدراسة التي ستقوم بها. يرجى الاتصال باللجنة المؤسسية للمشورة بكيفية تحوير (تعديل) هذا النموذج ليتناسب أكثر وطبيعة دراستك.

عنوان البحث : ---فاعليه برنامج ارشادي مستند الى النظريه الوجوديه في تحسين المرونه النفسيه وقبول الذات والعلاقات الاسريه لدى عينه من النساء المصابات بسرطان الثدي في الاردن

الجزء الأول – معلومات للمشارك في البحث:

أ. الغرض من البحث:

------التعرف الى فاعليه برنامج ارشادي يدرب المشاركات على بعض المهارات والاساليب الارشاديه لتحسين مرونتهن النفسيه وقبول الذات والعلاقات الاسريه 2_محاوله التخفيف من حده الاثار السلبيه الناتجه عن الاصابه بسرطان الثدي لدى هذه الفئه من النساء 3_مساعده المريضه وعائلتها على كيفيه استثمار الامكانيات المتاحه لديهم بهدف مواجهه هذا المرض

ب.وصف البحث: يتكون البحث من ثلاث مراحل

المرحله الاولى :التاكد من صدق وثبات المقاييس النفسيه(المرونه النفسيه ،قبول الذات ،العلاقات الاسريه) للبيئه الاردنيه عن طريق تطبيق الاستبانات على عينه استطلاعيه من خارج مجتمع الدراسه تتكون من 20 مريضه مصابه بسرطان الثدي واعاده تطبيق الاستبانه على نفس العينه بعد مرور اسبوعين من التطبيق الاول حيث سيتم اخذ موافقه من مكتب (IRB) ومن المريضات المشاركات حيث تم توفير مكان مناسب لضمان خصوصيه المشاركات وسريه المعلومات حيث كانت في احدى غرف العياده الطبيه التي تراجع المريضة فيها لانه مكان مناسب للمريضه .وستقوم الباحثه الثانويه بالاتصال هاتفيا بالمشاركات للحضور لتطبيق الاستبانه للمره الثانيه.

المرحله الثانيه : مرحله الدراسه المسحيه وهي مرحله تاتي بعد التاكد من صدق وثبات المقاييس سيتم توزيع الاستبانات على مريضات السرطان داخل العيادات الطبيه في غرفه خاصه وسيتم اخذ الموافقه الخطيه على المشاركه في الدراسه المسحيه حيث ستكون عدد العينه (100_120) مريضه من مريضات السرطان وبعد استكمال تعبئه الاستبانات سيتم تحليل اجابات المشاركات على المقاييس الثلاثه وسيتم اخذ 40 مشاركه (20 للمجموعه التجريبيه 20 للمجموعه الضابطه) كانت اجاباتهن على المقاييس متدنيه .

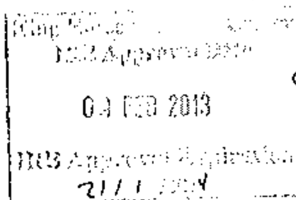
المرحله الثالثه : بدء البرنامج الارشادي حيث سيتم الاتصال هاتفيا مع المشاركات (المجموعه التجريبيه)من قبل الباحث الثانوي خزامى المومني واخبارهن عن البرنامج الارشادي اللواتي سوف يشاركن به وان الاجتماع سوف يكون في قاعه (BRESS ROOM) حيث سيتم الترحيب بالمشاركات وتوقيع اتفاقيه الموافقه على المشاركه بالبرنامج وسيتم اعطاء فكره عن البرنامج واهدافه ومكان وزمان الجلسات الارشاديه وان المشاركه طوعيه وغير اكراهيه وان يحق لهن الانسحاب من البرنامج .

المرحله الرابعه:تنفيذ البرنامج مع المشاركات وبوجود الباحثه الثانويه خزامى المومني

ج. المدة المتوقعة للدراسة:

المده اللازمه لاتمام الدراسه كاملة : شهرين

مدة مشاركة المريض في هذه الدراسة :12 جلسه ارشاديه بواقع مرتين اسبوعين (او حسب ما يتم الاتفاق بين المريضات والباحثة)



د. عدد المشاركين بالدراسة :40 مشاركه (20 مجموعه تجريبيه 20 مجموعه ضابطه)

هـ. عدد المراكز المشاركة   مركز الحسين للسرطان

و. المخاطر والانزعاجات المحتملة:

مخاطر اجتماعيه عدم رغبه المشاركات في حضور البرنامج

مخاطر نفسيه تذكر المريضه للحالات الالم التي كانت تمر بها

ز. الفوائد المرجوة :

على مستوى المشاركات اكسابهن لبعض المهارات التي تحسن من مرونتهن النفسيه وقبول الذات والعلاقات الاسريه ،وخلق جو من الالفه والمحبه،و التعرف على خبرات جديده .

على مستوى مركز الحسين يكون بالمرتبه الاولى في تطبيق مثل هذا البرنامج (حسب اطلاع الباحثه)حيث انها الدراسه الاولى التي تتناول الموضوع من وجهه نظر النظريه الوجوديه

ح. البدائل عن المشاركة (إن وجدت):

لا يوجد بدائل

ط. تكاليف المشاركة:

لا يوجد اي تكاليف ماديه تقع على عاتق المشاركات

المكافآت المالية:

-يوجد مكافات عينيه مثل القرطاسيه وكتب   وجبات فطور واستراحات شاي

ك. التعويضات / المعالجات:

ل. لا يوجد

م. المشاركة الطوعية:

المشاركة في هذه الدراسة طوعيه وإذا قررت عدم المشاركة فانك لن تتعرض لأي مضايقات أو لفقدان حقك المشروع في المعالجة.

ن. السرية:

كمشارك في هذه الدراسة ستكون هويتك والمعلومات الشخصية المجموعة في الدراسة سرية في جميع المنشورات المتعلقة بنتائج الدراسة في الحدود التي يسمح بها القانون.

ن.: إنهاء المشاركة:

أن قرارك بالانسحاب من الدراسة لن يؤثر على تلقيك للخدمة العلاجية المعتمدة والمتوفرة في مركز الحسين للسرطان.

- الأشخاص الذين يمكن الاتصال بهم:

- في حالة وجود أي استفسار عن الدراسة أو أسئلة محددة تتعلق بهذه الدراسة وفي حالة حدوث أي مضاعفات تتعلق بالدراسة نرجو الاتصال بـ خزامى كامل المومني (0776976997) او على هاتف رقم (المستشفى) (53004609) تحويلة رقم(1353) أو جهازخلوي رقم (0775529361) لسهى خرابشه
- في حالة وجود أي أسئلة عامة أو أسئلة تتعلق بحقوق المشارك عليك الاتصال باللجنة المؤسسية على هاتف رقم 5300460 فرعي 1669

الجزء الثاني: تفويض من المشارك بالدراسة التي لا يتوقع منها فائدة مباشرة للمشارك:

اسم المشارك: ______________________

1. أقر و أنا في كامل أهليتي المعتبرة قانونياً بأنني قد قرأت – أو شرح لي بلغة مفهومة لدي – هذه المعلومات المتعلقة بمشاركتي في هذا البحث وأن (سهى محمد خرابشه) قد أوضح لي طبيعة وأهداف هذه الدراسة والازعاجات. كما أقر بأنه قد أتيحت لي الفرصة لتوجيه جميع الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة وتلقيت الإجابات الوافيه.
2. أفهم بأن هذه الدراسة ليس لها أي فائدة علاجية مباشرة لي ومع ذلك أتطوع بالمشاركة.
3. وأفهم بأن لي مطلق الحرية بسحب هذا التفويض وإنهاء مشاركتي بهذه الدراسة في أي وقت أشاء. كما أفهم بأن انسحابي من هذه الدراسة لن يؤثر على حقي في تلقي العناية الطبية اللازمة والتي تمنح للمشاركين بالدراسة أو استحقها في الأحوال العادية.
4. أوافق على أن يكون هذا الإقرار كمشاركة طوعيه في هذا البحث الطبي.
5. كما أؤكد بأنني قد قرأت (أو قرأ لي) هذا التفويض وأن كل المعلومات اللازمة قد تمت تعبئتها بدقة قبل توقيعي عليه.
6. أقر بأني قد استلمت نسخه موقعه من هذا الأقرار.
7. قد يقوم الباحث الرئيس بطرح بعض الأسئله عليك بعد الانتهاء من شرح الاقرار.
8. . بهذا أتطوع للمشاركة في هذه الدراسه تحت إشراف حراني كامل محمد الوريني ، والمتضمن لما يلي: فاعليه برنامج ارشادي مستند الى النظريه الوجوديه في تحسين

توقيع المريض أو ولي الأمر: ______________ التاريخ : ______________

الاسم ______________ صلة القرابة : ______________

توقيع الشاهد: ______________ الاسم: ______________

الرقم الوطني : ______________ التاريخ : ______________

أقر بأنني قد شرحت للمتطوع/ أو ولي أمره المذكور أعلاه بصورة كاملة طبيعة وأهداف مشروع البحث المذكور والمتضمن عدم وجود فائدة مباشرة على المشارك، كما إنه من المفهوم لدي بأنه قد فهم طبيعة الدراسة والغرض منها وذلك قبل توقيعه على الموافقة بالمشاركة، ولقد قمت بتوضيح استعدادي للإجابة على أي أسئلة متصلة بهذه الدراسة، وقمت فعلاً بالإجابة الوافيه على جميع أسئلته المتعلقة بالدراسة.

توقيع الباحث الرئيسي: سهى خرابشه الاسم (طباعة): سهى محمد خرابشه

التاريخ: 2013/1/7

تمت مراجعة هذا النموذج والموافقة عليه من قبل اللجنة المؤسسية في مركز الحسين للسرطان

Abstract

Khrabsheh. Suha. The Effectiveness of a Counseling Program based on the Existential Theory in Enhancing Psychological Flexibility, Self-Acceptance and Family Relationships in A sample of Breast Cancer Patients in Jordan. PhD dissertation. Yarmouk University. 2013. Supervisor: Dr. Ra'ad Al-shawi).

The purpose of this study is to investigate the effectiveness of a counseling program based on the existential theory in enhancing psychological flexibility, self-acceptance and family relationships in a sample of breast cancer patients in Jordan. The sample of the study consisted of (24) patients divided randomly through random tables into two groups, an experimental group of (12) patients and a control group of (12) patients. The experimental group was treated through the counseling program while the control group recveided the treatment adopted by AL-hussien cancer center

More over, there were significant statistical differences at the level of (α=0.05) between the perfiormence means on the psychological flexibility and human relationship scale attributed to the group in the favor of the experimental group while, there were no significant statistical differences at the level of (α=0.05) between the perfiormence means on the self acceptance attributed to the group.

Furthermore, there were no significant statistical differences at the level of (α=0.05) between the perfiormence means on the psychological flexibility, self acceptance and human relationship scale attributed to go differences in the perfiormence means on psychological flexibili attributed to scientific gualification . Finally there were no significant statistical

differences on self acceptance and human relationship scale attributed to scientific gualification.

Based on the findings of the study the researcher presented several recommendations.

Key Words: Counseling Program. Existential Theory. Breast Cancer. Self acceptance, Psychological flexibility. Family Relationship